Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

PARCE QUE CHAQUE PETIT GESTE ... FAIT LA DIFFÉRENCE !

CONCEPTION ET RÉALISATION :
MME LUCIE BÉRUBÉ
CORRECTION ORTHOGRAPHIQUE ET MISE EN PAGE :
MMES JULIE CHÉNARD ET DIANE DUVAL

MERCI À MME FRANCE GAGNÉ, RÉSIDENTE AU CENTRE D'HÉBERGEMENT THÉRÈSE-MARTIN ET SON PETIT-FILS KHILIAM BARIL POUR LA PHOTO DE LA PAGE COUVERTURE.

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 4
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES 8
3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK) 9
   - 3.1 DESCRIPTION DE LA MISSION 9
   - 3.2 DIAGRAMME DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (RLS) DU KAMOURASKA 9
   - 3.3 ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK) PRÉSENTANT LES PRÉSIDENTES OU PRÉSIDENTS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS, LES GESTIONNAIRES OU LES PERSONNES RESPONSABLES DES PROGRAMMES AU 31 MARS 2012 10
   - 3.4 LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2012 11
   - 3.5 PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION DU CSSSK AU 31 MARS 2012 12
   - 3.6 CONTEXTE ET FAITS SAILLANTS 13
   - 3.7 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE ET PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ 13
4. ACTIVITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA 16
   - 4.1 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS 16
   - 4.2 PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS PRÉSENTANT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE (AU NIVEAU DES SERVICES OFFERTS, ACQUISITIONS IMMOBILISATION, ETC.) 18
     - 4.2.1 DIRECTION DE PROGRAMMES ET DES SOINS INFIRMIERS 18
     - 4.2.2 DIRECTION DE PROGRAMMES, DE LA QUALITÉ ET DU DÉVELOPPEMENT 20
     - 4.2.3 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS 24
     - 4.2.4 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL 26
     - 4.2.5 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELLES 32
   - 4.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION 35
   - 4.4 MOYENS MIS EN PLACE POUR ÉVALUER LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE ET LES RÉSULTATS OBTENUS 37
     - 4.4.1 RELATIVEMENT À L'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE 44
     - 4.4.2 RELATIVEMENT AUX SUITES APPORTÉES AUX RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÉMENT DANS SON DERNIER RAPPORT 45
     - 4.4.3 RELATIVEMENT À L'EXAMEN DES PLAINTES ET À LA PROMOTION DES DROITS 46
5. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX 46
   - 5.1 RAPPORT ANNUEL ET PLAN D'ACTION DU COMITÉ DES USAGERS ET DES COMITÉS DE RÉSIDENTS 46
   - 5.2 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ 55
   - 5.3 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION 56
   - 5.4 RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES 56
   - 5.5 RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR 58
   - 5.6 RAPPORT ANNUEL ET PLAN D'ACTION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES 59
   - 5.7 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS 64
   - 5.8 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) 66
   - 5.9 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS 69
   - 5.10 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE 71
6. REMERCIEMENTS AUX BÉNÉVOLES DU CSSSK 74

ANNEXES : 75

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

RAPPORT ANNUEL DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA

1. MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Madame, Monsieur,

Au nom du conseil d'administration, je vous présente le bilan annuel de gestion du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska qui a vécu, au cours de l'année, beaucoup de changements, voire même des bouleversants pour certains d'entre nous. En effet, le départ de M. Michel Beaulieu, directeur général en janvier 2012 a soulevé beaucoup de questionnements quant à la mouvance au niveau des directeurs. M. Gilles Tremblay a assumé l'intérim jusqu'à l'arrivée d'une nouvelle personne à la direction générale. Le conseil d'administration, quant à lui, a été renouvelé en février dernier et compte maintenant d'anciens et nouveaux membres. Une formation portant sur la gouverne a d'ailleurs été offerte en mars dernier à tous les administrateurs.

Malgré ces changements, le conseil d'administration a pu, encore une fois constater que les ressources humaines du CSSSK sont des personnes dévouées. En fait, du 1er avril 2011 au 31 mars 2012, l'organisation a continué à accomplir le travail d'amélioration continue et intégrée de la qualité et de la sécurité des services et à actualiser la planification stratégique.

En avril 2011, le conseil d'administration adoptait les valeurs organisationnelles, dont *le respect, la responsabilisation, l'engagement, l'éthique et la cohérence.* Ces valeurs se traduisent d'ailleurs dans les différentes actions posées. Aussi, grâce à l'information transparente transmise par la direction générale et les différentes directions, les administratrices et administrateurs prennent connaissance des divers enjeux organisationnels et se les approprient. Par conséquent, les décisions du conseil d'administration s'appuient sur une vision stratégique et ce, en respect des normes d'Agrément Canada, des lignes directrices entourant la gestion des risques, de la surveillance des infections nosocomiales, du suivi de la visite ministérielle, de la prévention des chutes, du plan de développement des ressources humaines (PDRH), des différents rapports financiers et statistiques, des normes budgétaires, des rapports des différents ordres professionnels, des ententes de gestion et des rapports annuels de gestion des conseils et comités. À cet égard, veuillez noter que cette année, les rapports annuels des différents conseils et comités seront déposés, mais ne seront pas présentés systématiquement par les présidents.

Voici les différents dossiers adoptés par le conseil d'administration :

- Le *Règlement du comité d'éthique clinique du KRTB.*
- Les *Règlements de régie interne du département de chirurgie du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska.*
- La révision du *Règlement sur la régie interne du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska.*
- La révision du *Règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire à un usager à la suite d'un accident.*
- Le *Cahier de gouvernance du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska.*
- La *Politique de gestion d'un événement sentinelle.*
- La *Politique de formation perfectionnement et développement des ressources humaines.*
- La *Politique de vaccination contre l'influenza.*
- La *Politique de retraitement des dispositifs médicaux du CSSS de Kamouraska.*
- La *Politique d'hygiène des mains.*
- La *Politique de budgétisation (planification et suivi).*
- La *Politique de tenue de dossier.*
- La *Politique encadrant la liste de contrôle d'une chirurgie.*
- La *Politique encadrant le bilan comparatif des médicaments.*
- La *Politique encadrant le don d'organes et de tissus.*
- La *Politique de gestion des analyses de biologie délocalisées.*
- La *Politique d'approvisionnement.*
- La *Politique de visites aux usagers hospitalisés.*
- La *Politique de gestion des départs.*

- La *Politique sur la prophylaxie de la thromboembolie veineuse.*
- La *Politique de capitalisation des dépenses d'immobilisation.*
- La *Politique de disposition des surplus de mobilier et d'équipement.*
- La révision de la *Politique de violence et harcèlement en milieu de travail.*
- La révision de la *Politique appréciation du rendement du personnel.*
- La révision de la *Politique encadrant la tenue vestimentaire.*
- La révision de la *Politique de dépenses de fonction.*
- Le *Programme d'amélioration continue et intégrée de la qualité et son déploiement.*
- Les modifications au *Code d'éthique et de déontologie du CSSS de Kamouraska.*
- Le *Plan de sécurité des usagers.*
- Le *Cadre de référence en matière d'éthique.*
- La modification de notre permis en ramenant le nombre de lits d'hébergement de 154 à 151 et de notre dénomination au permis du Centre de santé et de services sociaux pour certaines de nos installations.
- Le plan d'amélioration de la qualité d'exercice infirmier du CSSS de Kamouraska.
- Les surplus accumulés du comité des usagers afin de les utiliser pour financer l'achat d'équipements, dans l'optique d'améliorer la qualité des services offerts à la clientèle.
- La formation d'un comité du conseil d'administration de trois personnes et les propositions d'utilisation du solde du Fonds Desjardins.
- Les élections en *vue de la constitution des nouveaux conseils d'administration.*
- L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 proposée par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- La modification de l'encadrement supérieur aux soins infirmiers hospitaliers et au programme PPALV impliquant un partage des responsabilités entre Mme Brigitte Legault et M. Frédéric Gagnon.
- L'adoption pour dédier un lit de soins palliatifs sur trois et conserver les deux autres comme lits protégés.
- La révision de l'organisation du service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV).
- La nomination des membres siégeant sur les différents comités du conseil d'administration.
- Le suivi semestriel de l'état d'avancement du rapport Martineau.
- La mise à jour du registre des personnes autorisées à attester l'exactitude des demandes de paiement qui sont soumises pour des services rendus par les médecins et les dentistes pour la Régie d'assurance maladie du Québec.
- La désignation des personnes représentant le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska à titre de délégués lors des assemblées générales et assemblées extraordinaires des membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- L'avis de non-renouvellement du bail liant le CSSS de Kamouraska et Domahu Société en commandite pour les locaux situés au 708, 4e Avenue à La Pocatière.
- Les différentes recommandations et suivis du comité de gestion des risques.
- Le mandat accordé afin de convenir d'un règlement hors cour dans un dossier judiciaire et l'acceptation des termes du règlement hors cour, tel que présenté par les procureurs du conseil d'administration, Heenan Blaikie Aubut.

Le conseil d'administration est conscient des enjeux en matière d'attraction et de rétention des ressources humaines de l'organisation et dans le cadre de son rôle, il porte un regard quant aux ressources au niveau du personnel médical, de la gouvernance et de la direction. Au cours de l'année, il a procédé à :

- la nomination de M. Luc Adam, au poste de directeur des ressources financières, techniques et informationnelles;
- la nomination de la docteure Céline Leclerc;
- la désignation de Mme Lise Verreault, comme membre du conseil d'administration pour combler un poste vacant au collège de désignation « conseil multidisciplinaire »;
- la nomination du docteur Albert L'Italien;
- la nomination de M. Robert Larouche, pharmacien;

- la désignation de *M^me^ Aline Chouinard du comité des usagers* en remplacement de M. Norbert Dumont pour siéger au sein du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska;
- la nomination du docteur Louis Béland;
- la nomination du docteur Richard Deguire;
- l'acceptation de l'appréciation du bilan du directeur général et des enjeux des prochaines années du CSSSK par le biais du comité d'évaluation du directeur général;
- la nomination de M. Gilles Tremblay à titre de directeur général par intérim du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska à compter du 14 janvier 2012;
- la mise en place du processus de sélection d'un nouveau DG;
- la mise en place des démarches auprès des entreprises et organismes de la région afin de faciliter le placement des conjoints et conjointes de médecins et professionnels qui désirent s'établir au Kamouraska;
- la modification du statut de la docteure Lise Thériault;
- la modification du statut du docteur Fernand Poulin;
- la modification du statut du docteur Serge Caron en celui de membre associé au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska tout en conservant ses privilèges d'exercice;
- l'acceptation de la demande de démission de l'administrateur M. Yvan Pelletier qui occupait le siège du collège de désignation du conseil multidisciplinaire (autre) depuis le 21 avril 2009;
- l'acceptation de la demande de démission de l'administrateur M. Norbert Dumont qui occupait le siège du collège de désignation « comité des usagers » depuis le 11 février 2010;
- l'acceptation de la demande de démission de M. Michel Beaulieu à titre de directeur général du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska effective le 13 janvier 2012 et tous les suivis auprès du Ministère et de l'Agence (formation du comité de sélection, désignation de substitut);
- l'acceptation de la demande de démission de Mme Caroline Landreville;
- l'acceptation de la demande de départ du docteur Simon Abadie;
- la réintégration d'une administratrice au sein du conseil d'administration suite à une suspension.

Le conseil d'administration est conscient des efforts déployés par toutes les ressources humaines de l'organisation pour atteindre les objectifs organisationnels, c'est pour cette raison que des motions de remerciements ou de félicitations ont été données à l'égard de certaines personnes. Notons entre autres :

- les efforts soutenus de la chef des services alimentaires et d'hôtellerie, Mme Nicole Morneau, et du personnel du service d'entretien sanitaire et la collaboration de la direction de programmes et des soins infirmiers et de son personnel lors des grandes désinfections successives à l'hôpital et dans d'autres sites en avril 2011;
- le travail effectué par Mme Sylvie Lévesque, agente de gestion financière après le départ du directeur des ressources financières, techniques et informationnelles en décembre 2010 et son investissement à bâtir des outils qui permettent une lecture plus explicite et vulgarisée des différents documents financiers;
- la reconnaissance de la contribution exceptionnelle des docteurs William Bastarache et Gilles Couture en nommant les deux (2) salles d'opération au bloc opératoire en leur nom respectif;
- la motion de félicitations accordée à M. Frédéric Gagnon et à ses collaboratrices, Mmes Colombe Pelletier et Annie Chamberland pour le travail accompli dans le cadre du programme d'amélioration continue et intégrée de la qualité et particulièrement, pour la coordination de la visite d'Agrément prévue en octobre prochain;
- la motion de félicitations envers toutes les personnes oeuvrant pour le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska : le personnel de soutien, le personnel dispensant des soins et services, les cadres intermédiaires et supérieurs et le directeur général, les médecins, les bénévoles et les membres du conseil d'administration dans le cadre de la démarche d'Agrément;
- la motion de remerciements à M. Frédéric Gagnon, à titre de porteur du dossier qualité pour la qualité de son leadership, à Mme Colombe Pelletier pour sa contribution exceptionnelle à la démarche d'Agrément par son grand professionnalisme et ses compétences et à Mmes Annie Chamberland et Julie Chénard pour leur implication et leur support;

- la motion de félicitations adressée au personnel, aux gestionnaires et aux directeurs pour leur engagement et leur détermination à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et les efforts déployés à l'égard de la prestation de services de santé sécuritaire et de qualité;
- la motion de félicitations adressée au personnel pour leur engagement au travail qui se traduit par le taux d'absentéisme le plus bas au Bas-Saint-Laurent.

Le conseil d'administration souligne l'engagement envers ses partenaires par ses différentes actions dont :

- le renouvellement de son adhésion à la SADC du Kamouraska et au Centre local de développement (CLD);
- l'appui de la demande d'octroi à Opération Enfant Soleil 2011;
- la nomination du salon réservé à la famille, au service des soins palliatifs au nom de « *Club Lion de La Pocatière* » et la cuisinette au nom de « *Caisse populaire de l'Anse de La Pocatière/Regroupement des caisses populaires du Kamouraska* »;
- la mise en place des démarches pour procéder à la dénomination de la nouvelle urgence et des soins intensifs au nom de M. Claude Béchard;
- l'adoption de la convention de partenariat intervenue entre le CSSSK et le CRDITED-BSL concernant les services de maintien et d'adaptation à la personne dans son milieu de vie;
- l'adoption du protocole d'entente intervenu entre le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska et le Centre de prévention du suicide du KRTB.

Un merci particulier est adressé à la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima qui permet au CSSSK, par l'achat et le renouvellement d'équipements, de se conformer aux critères de sécurité et de qualité tout en maintenant, restaurant et en améliorant la santé.

Pour arriver à ces résultats, il faut compter sur des personnes dévouées envers l'organisation et ces personnes sont le personnel, les médecins, les cadres et les bénévoles et nos différents partenaires avec lesquels nous souhaitons poursuivre nos projets, et ce, dans le souci d'offrir des services de qualité en toute sécurité et de satisfaire la clientèle dans l'ensemble de nos installations que ce soit en centres d'hébergement, en CLSC, à l'Hôpital ou dans nos centres de jour pour le bien-être de la population de notre territoire.

Finalement, je tiens à remercier sincèrement les administratrices et administrateurs pour leur expertise et leur disponibilité. En effet, cette année a été particulièrement marquée par ces 32 séances, dont 13 séances de travail, 4 séances extraordinaires, 11 séances ordinaires publiques, une rencontre du comité exécutif, une rencontre du comité d'évaluation du directeur général et deux séances de cooptation.

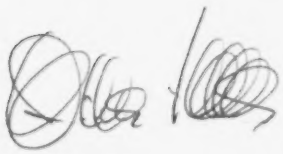
Jean Desjardins
Président du conseil d'administration

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska ainsi que les contrôles y afférant sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



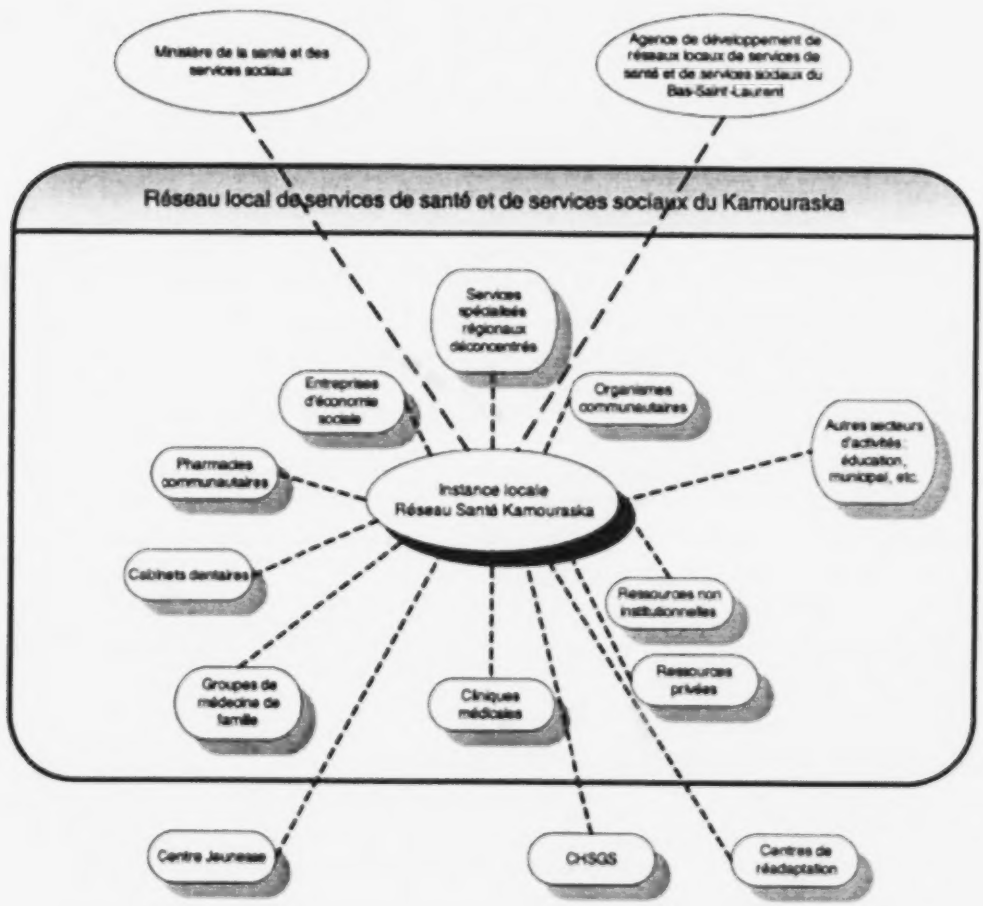
Gilles Tremblay
Directeur général intérimaire

3. PRÉSENTATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK)

3.1 DESCRIPTION DE LA MISSION

La mission du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

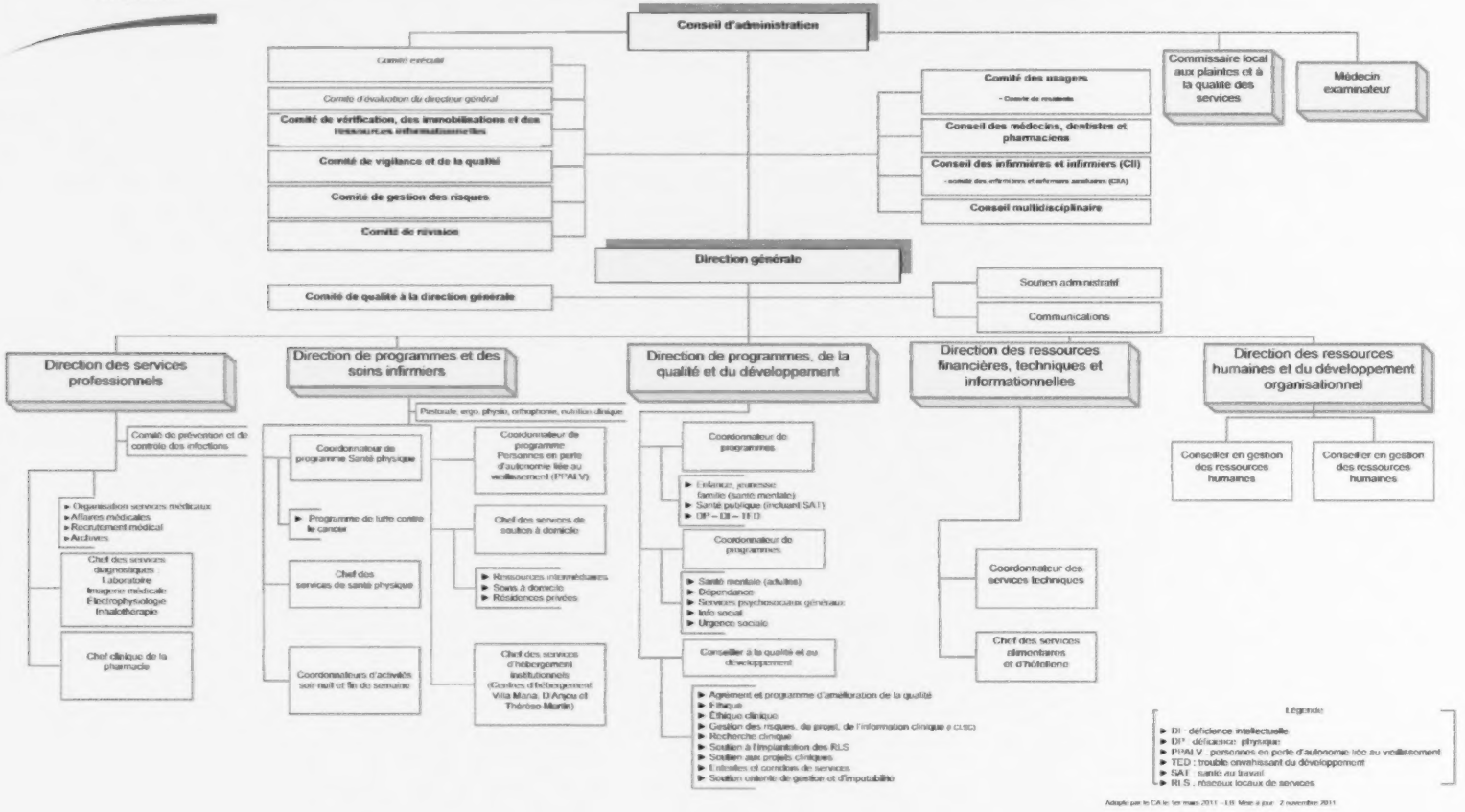
3.2 DIAGRAMME DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (RLS) DU KAMOURASKA



3.3 ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA (CSSSK) PRÉSENTANT LES PRÉSIDENTES OU PRÉSIDENTS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS, LES GESTIONNAIRES OU LES PERSONNES RESPONSABLES DES PROGRAMMES AU 31 MARS 2012

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska

ORGANIGRAMME DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA



Adopté par le CA le 1er mars 2011 - LR. Mise à jour : 2 novembre 2011

3.4 LISTE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2012

PAGE AMENDÉE

M. Jean Desjardins,
Président

M^me^ Johanne Laplante,
1^re^ vice-présidente

M^me^ Denise Grenier,
2^e^ vice-présidente

M. Gilles Tremblay
Secrétaire et Directeur général

M^me^ Ghislaine Milliard

Mme Diane Bissonnette

M^me^ Monique Potvin

M. Paul Crête

M^me^ Lise Verreault

Dr Mario Lebel

Mme Aline Chouinard

M. Carl Bélanger

M^me^ Marie-Catherine
Jeffrey

M^me^ Aline Fortin

M. Jean-Simon Bélanger

M^me^ Annie Caron

M. Claude Dufour

3.5 PRÉSENTATION DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION DU CSSSK AU 31 MARS 2012

M. Gilles Tremblay
Directeur général intérimaire

M. Luc Adam
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

M. Frédéric Gagnon
Directeur de programmes de la qualité et du développement

M^me^ Brigitte Legault
Directrice de programmes et des soins infirmiers

M^me^ Caroline Landreville
Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

Dr Gaétan Lévesque
Directeur des services professionnels

Les gestionnaires du CSSSK (à noter que certains ont quitté et d'autres sont arrivés en cours d'année).

M^me^ Alice Bélanger, M. Simon Côté, M^mes^ Guylaine Ouellet, Caroline Landry, Aline Hudon, Marie-Lyne Guignard, Doris Brassard, Luce Robichaud, Mélissa Moreau, Mireille Drapeau, Marie Gagnon, Amélie Ouellet, Diane Duchesne, M. Frédéric Audibert, M^me^ Colombe Pelletier, M. Robert Bérubé, M^mes^ Nicole Morneau, Lise Caron, Marie-Josée Gagnon, Marie Gagnon et Annie Chamberland,

Les gestionnaires et les professionnels de la santé et des services sociaux sont appuyés par de multiples services de soutien indispensables à leur fonctionnement : accueil, admission, réception et secrétariat, alimentation, approvisionnement, archives médicales, bibliothèque médicale, buanderie-lingerie, comptabilité, entretien ménager (sanitaire), fonctionnement et entretien des installations matérielles, stérilisation, génie biomédical, ressources humaines, sécurité et communication, système d'information, etc.

3.6 CONTEXTE ET FAITS SAILLANTS

Localisation : Région sociosanitaire du Bas-Saint-Laurent
Nombre de localités : Dix-sept
Population (2012): 21 267 habitants

0-14 ans :	2 984
15-24 ans :	3 461
25-44 ans :	4 912
45-64 ans :	5 524
65 ans et plus :	4 386

Diminution de la population : 2 % depuis 1986
Superficie du territoire : 2 244,1 km^2
Population de 65 ans et plus : 4 386 habitants
Naissances : 116 naissances
Installations : Un hôpital, trois points de service CLSC Les Aboiteaux, trois centres d'hébergement et centres de jour
Cliniques médicales privées sur le territoire : Quatre dont deux en groupe de médecine familiale (GMF)

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (CSSSK) se situe dans l'une des huit (8) MRC de la région administrative du Bas-St-Laurent, la MRC de Kamouraska.

D'ici 2031[1], la MRC de Kamouraska devra composer avec une baisse démographique de 5,1 % par rapport à la population de 2006. Pour la même période, la prévision démographique du Québec se situe à 15,8 %. On peut donc constater une baisse démographique importante qui devra être compensée par l'accueil de nouveaux résidants sur le territoire.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la proportion des 15-24 ans dans Kamouraska n'est pas inférieure à la moyenne québécoise. Elle se situe à 12,1 %, comparativement à 12,6 % pour l'ensemble du Québec. Cependant, il est vrai que la population de 65 ans et plus, qui représente 21 % de la population, est supérieure à la moyenne nationale qui est près de 15 %.

3.7 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DU TERRITOIRE ET PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ

ÉTAT DE SANTÉ [2]			
		MRC Kamouraska	**Bas-Saint-Laurent**
1	Mortalité 0-74 ans (taux bruts, données 2005-2007)	36,2/10 000	34,3/10 000
2	Espérance de vie à la naissance (données 2005-2007)	80,1 ans	80,7 ans
3	Proportion de la population dans les ménages privés ayant parfois ou souvent une incapacité, de tous les âges (données 2006)	12,5 %	12,8 %
4	Incidence du cancer (taux bruts, données 2004-2006)	63,2/10 000	56,6/10 000
5	Blessés graves de la route (taux bruts, données 2008-2009)	3,4/10 000	3,9/10 000

Évolution de la population du Réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska, selon les groupes d'âge 5 ans, 2010 à 2020[3]

[1] Source : Site Web de l'Institut de la statistique du Québec

[2] 1-4 : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, Plan commun de surveillance, rapports du 12 août 2010.
5 : Société de l'assurance automobile du Québec, Dossier statistique – Bilan 2008 : Accidents, parc automobile, permis de conduire (2009). Dossier statistique – Bilan 2009 : Accidents, parc automobile, permis de conduire (2010).
Source : Institut de la statistique du Québec (ISQ), janvier 2010

[3] Projections de la population selon la MRC de résidence, le sexe et l'âge, au 1er juillet 2006 à 2031

CATÉGORIES	2006	2010	2015	% VARIATION 2010-2015	2020	% VARIATION 2010-2020
0-14 ans	3 262	3 040	3 044	0 %	3 087	2 %
15-24 ans	2 756	2 539	2 147	-15 %	1 847	-27 %
25-44 ans	5 190	4 685	4 557	-3 %	4 473	-5 %
45-64 ans	7 050	7 192	6 834	-5 %	6 173	-14 %
65 ans +	3 913	4 323	5 022	16 %	5 916	37 %
TOTAL	22 171	21 779	21 604	-1 %	21 496	-1 %

Portrait de santé du Réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) du Kamouraska

Un portrait plutôt favorable	RLS KAMOURASKA	QUÉBEC
Consommation d'alcool	16,2 %	20,5 %
Fumeurs	21,4 %	24,4 %
Surplus de poids	36,2 %	32,8 %
Médecin de famille	89,4 %	74,9 %
Incidence de cancer	Supérieure à la moyenne québécoise	
Prévalence de certaines maladies supérieure à la moyenne québécoise et dont l'évolution est en croissance	• Maux de dos • Arthrite • Hypertension • Maladies cardiaques • Migraine • Asthme • Diabète	

Équipe médicale

	EN PLACE	PEM	
Omnipraticien	24	30 ETP [4]	Selon MSSS (CONSOM) 22,2 ETP
Médecine interne	1	2	En consolidation
Chirurgie générale	2	2	+ équipe de dépanneurs
Anesthésiologie	0	2	+ équipe de dépanneurs
Radiologie	1	1	+ équipe de dépanneurs
Obstétrique			Équipe d'omnipraticiens (4) et dépanneurs

SPÉCIALITÉ EN ITINÉRANCE				
Pédiatrie	Orthopédie	Cardiologie	Microbiologie	Pneumologie
Gynécologie	ORL	Urologie	Ophtalmologie	

PROJECTIONS SELON LE PROJET MÉDICAL ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION EN JUIN 2009
Apport de 4 médecins généralistes pour consolider l'organisation de service et améliorer la prise en charge
Recruter un 2e interniste
Élargir les spécialités en itinérance : dermatologie, neurologie, cardiologie, orthopédie

[4] ETP : Équivalent temps plein

Données statistiques liées à certaines activités

	Unité de mesure	Données 2011-2012	Écart 2008-09 / 2011-2012	Commentaires
Unité multiclientèle (33 lits)	Jours présence	9 766	6 %	
Cliniques spécialisées	Total	11 973	3 %	Les spécialistes en médecine interne de Rivière-du-Loup sont venus plus régulièrement pour consultations et nous avons accès à de nouveaux spécialistes en dépannage.
Médecine de jour	Usagers	4 305	49 %	Toutes les demandes sont traitées
Hématooncologie	Visites	1 859		Nouvelle façon de traiter les statistiques
Urgence	Visites	24 311		Fréquentation stable
Bloc opératoire	Usagers	2 791	21 %	Bonne augmentation du volume
Électrophysiologie médicale	ut	140 861	6 %	
Inhalothérapie	ut	270 160	-1,5 %	
Imagerie médicale	ut	432 374	19 %	
Laboratoires	pp	1 334,352	30 %	
Buanderie-lingerie propre pour le CSSSK	kg	388,586	24 %	Augmentation de volume salles d'opération, urgence
Gestion des déchets biomédicaux	kg	13 787	35 %	Hausse du volume en chirurgie et CLSC
Services alimentaires	Repas	268 182		Volume stable

Destination de la clientèle

- 40 % de la clientèle en médecine était hospitalisée à l'extérieur du territoire du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska en 2006-2007, majoritairement dans la région du Bas-Saint-Laurent (sur 792 cas, 273 hors région, 519 dans la région 01, 260 estimés rapatriables);
- 80 % de la clientèle obtient des services de chirurgie à l'extérieur du territoire du CSSSK en 2006-2007 (sur 511 cas, 345 hors région, 166 région 01, 37 estimés rapatriables);
- Obstétrique, en 2007-2008, sur 106 cas, 12 hors région, 94 région 01, 45 estimés rapatriables.

Éléments de vision pour l'hospitalisation

- Hausser la performance actuelle et revoir l'organisation du travail du personnel infirmier (diminuer la structure de postes selon les secteurs);
- Mettre en place une gestion et une distribution optimales des lits afin d'avoir une réponse adaptée aux demandes d'hospitalisation;
- Maintenir des ressources (lits) en quantité suffisante pour contrer l'impact des débordements dus aux fluctuations saisonnières;
- Tenir compte des rapatriements envisagés de la clientèle et du vieillissement de la population dans l'offre de lits et leur vocation (mise en place d'une unité de transition de courte durée gériatrique ainsi que d'une unité de gériatrie ambulatoire).
- Optimiser nos façons de faire dans tous les secteurs d'hospitalisation dans le but d'augmenter l'efficacité au niveau de la qualité de service à l'usager.

4. ACTIVITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

4.1 DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska offre des services généraux et spécifiques, des soins de courte durée et de l'hébergement (soins de longue durée). Ces services font partie des programmes suivants : santé physique, personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, santé mentale, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, dépendance, santé publique et jeunes en difficulté. Le CSSSK peut compter sur une équipe d'environ 650 personnes compétentes et dévouées, dont 25 cadres oeuvrant dans sept installations. Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se veut un réseau de services intégrés auprès d'une population de plus de 21 000 personnes dans la MRC de Kamouraska.

Les professionnels de la santé et des services sociaux sont appuyés par de multiples services de soutien indispensables à leur fonctionnement : accueil, admission, réception et secrétariat, alimentation, approvisionnement, archives médicales, bibliothèque médicale, buanderie-lingerie, comptabilité, salubrité, fonctionnement et entretien des installations matérielles, génie biomédical, ressources humaines, sécurité, communication et système d'information, etc.

SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS

L'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima compte 49 lits au permis, dont 34 lits dressés : 4 en soins intensifs, 3 en soins palliatifs, 2 en pédiatrie, 4 en chirurgie, 3 en obstétrique et 18 en médecine.

Médecine générale
- gériatrie
- service d'urgence
- soins palliatifs
- clinique externe
- service d'obstétrique
- chambre des naissances
- centre de traumatologie
- pédiatrie
- soins intensifs
- électrocardiographie
- tapis roulant
- échocardiographie

Médecine interne

Anesthésie-réanimation

Service de réadaptation

Radiologie
- échographie générale et doppler couleur
- radiologie (graphie et scopie)
- tomodensitométrie

Chirurgie
- orthopédie
- ORL
- gynécologie
- chirurgie générale
- dentisterie

Pharmacie

Laboratoire

Microbiologie et infectiologie

Biochimie médicale

Nutrition clinique

Orthophonie

Membre affilié de l'unité de médecine familiale (UMF) des Basques

Consultations spécialisées en gynécologie, pneumologie, ORL, pédiatrie, ophtalmologie, urologie, orthopédie, médecine interne.

Notons que le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a été le 3e Centre de santé et de services sociaux ayant obtenu l'accréditation « ***Ami des bébés*** » au Québec. Accréditation obtenue en 2010.

HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE :

Les Centres d'hébergement comptent 151 lits d'hébergement répartis dans trois installations.

Centre d'hébergement D'Anjou
(Saint-Pacôme), 53 lits

Centre d'hébergement Thérèse-Martin
(Rivière-Ouelle), 46 lits

Centre d'hébergement Villa Maria
(Saint-Alexandre), 52 lits

Ces centres d'hébergement sont des milieux de vie offrant des services :

- médicaux
- de soins infirmiers
- d'activités dirigées
- de nutrition
- de pastorale
- de réadaptation
- de soins d'assistance pharmaceutiques

HÉBERGEMENT DE TYPE INTERMÉDIAIRE :

Sept ressources intermédiaires, réparties sur tout le territoire du Kamouraska, offrent 69 places d'hébergement.
Une ressource en partenariat public-privé offre 8 places d'hébergement.

L'Accueil des Aînés
Saint-Philippe-de-Néri (Québec)

La Croisée des Chemins
Saint-Pacôme (Québec)

Résidence à la Source
Saint-Alexandre (Québec)

La Petite Villa
Saint-Pascal (Québec)

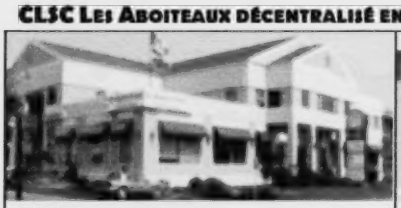
Le Domaine Brûlois
Saint-Bruno (Québec)

Résidence Jacinthe Gagnon
Rivière-Ouelle (Québec)

Résidence Pierrette Ouellet
Mont-Carmel (Québec)

CENTRE DE JOUR DÉCENTRALISÉ À : Saint-Pascal, Saint-André, Rivière-Ouelle.

CLSC LES ABOITEAUX DÉCENTRALISÉ EN TROIS POINTS DE SERVICE :



CLSC Les Aboiteaux
La Pocatière

CLSC Les Aboiteaux
Saint-Pascal

CLSC Les Aboiteaux
Saint-André

Des services médicaux sont offerts dans chaque point de service du CLSC :

- Services psychosociaux
- Soins infirmiers
- Interventions communautaires
- Clinique jeunesse
- Services psychologiques
- Services en périnatalité
- Services de soutien à domicile
- Service d'urgence sociale 24 heures par jour, 7 jours sur 7
- Services de réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie)
- Activités de prévention en santé publique
- Autres services professionnels : hygiène dentaire, nutrition clinique et santé au travail

4.2 PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTES DIRECTIONS PRÉSENTANT LES PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE (AU NIVEAU DES SERVICES OFFERTS, ACQUISITIONS D'IMMOBILISATION, ETC.)

Les principales modifications du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se situent au niveau de sa structure organisationnelle en route vers un mode de gestion intégré de la qualité des services à la clientèle. Aussi, dans sa démarche d'amélioration continue et intégrée de la qualité, des actions quotidiennes dans un cycle continu d'apprentissage démontrent la volonté de tous les acteurs de l'organisation d'offrir une grande qualité de soins et services sécuritaires à la population. Ces différentes actions posées se traduisent à l'intérieur des rapports annuels des différentes directions, conseils et comités.

4.2.1 Direction de programmes et des soins infirmiers

L'année 2011-2012 fût une année de changement et de mouvance pour la direction des soins infirmiers et du programme santé physique. Grâce à l'équipe de gestionnaires, de conseillers cliniques et d'équipes de soins infirmiers et de professionnels sans oublier toutes les personnes qui supportent ces équipes sur le terrain, nous poursuivons avec rigueur et souci constant de la qualité et de la sécurité, l'intégration de nos expertises, notre volonté à travailler en collaboration, et ce, dans le seul objectif d'offrir à notre clientèle les meilleurs soins. Ce rapport annuel se veut une toute petite fenêtre pour vous faire état des réalisations. Toutefois, il s'agit bien de quelques réalisations puisqu'à tous les jours, une multitude de réalisations se font sans que seul celui ou celle qui la reçoit en soit conscient. Sur ce, bonne lecture et merci infiniment à toute mon équipe.

Réalisations 2011-2012

Secteurs soins critiques et unité de soins courte durée

Réaménagement de la signalisation à l'urgence ambulatoire afin de rendre celle-ci plus claire et adaptée à notre clientèle.

Développement et mise en œuvre d'un programme d'orientation aux soins critiques (incluant portion théorique, jumelage et évaluation) permettant aux infirmières nouvellement en poste aux soins critiques une intégration optimale dans leurs nouvelles fonctions.

Développement et mise en œuvre d'un programme d'orientation en obstétrique (incluant portion théorique, jumelage et évaluations) permettant aux infirmières en poste une intégration optimale dans leurs fonctions.

Développement d'outils de travail et mise en place de l'approche interdisciplinaire à l'unité multiclientèle (projet en continu).

Développement et mise en œuvre d'une politique de gestion des départs afin de favoriser une gestion optimale des lits et une mise en disponibilité rapide de ceux-ci pour la clientèle en attente d'hospitalisation (en cours).

Développement et mise en place d'une approche préventive de la thromboembolie veineuse chez la clientèle hospitalisée (en cours).

Mise sur pied de rencontres d'arrimage entre la pharmacie et les unités de soins pour résoudre rapidement les difficultés vécues entre les départements.

Mise sur pied de rencontres d'arrimage entre le département d'hygiène et salubrité et les unités de soins pour résoudre rapidement des difficultés vécues entre les départements.

Mise en place du BCM à l'unité des soins intensifs conjointement avec la pharmacie pour permettre l'utilisation du meilleur schéma thérapeutique possible pour chacun des patients admis sur ce département. Développement d'un plan de déploiement sur les unités de soins conjointement avec la pharmacie.

Déploiement d'une première étape d'analyses de laboratoire délocalisées pour les glycémies capillaires dans un but d'optimiser l'efficience des soins et l'efficacité de la réponse dans un contexte de conformité.

Révision du rôle de l'AIC en vue d'optimiser l'organisation du travail sur les unités de soins.

Stabilisation des équipes de travail et révision de l'organisation du travail sur les unités de soins pour optimiser l'efficacité de la prestation de soins et services (en cours).

Développement, avec les équipes, d'outils de travail (ex : outil de discussion de cas, grille à cocher pour les notes d'observation de soins infirmiers, aide-mémoire pour l'organisation d'un congé, outil de travail écrit en support au rapport interquart, etc.) visant à faciliter le travail des intervenants, réduire le temps consacré à la rédaction et optimiser l'efficience du temps consacré aux différentes discussions (discussions de cas, rapports interquart, etc.) tout en favorisant l'harmonisation des pratiques.

Développement d'un modèle d'organisation du travail à l'urgence pour clarifier les rôles et tâches respectives de chacun et optimiser le temps de réponse et l'efficience/efficacité dans la prestation de soins et services (en cours).

Acquisition d'équipement de pointe pour la clientèle néonatale et pédiatrique dans le cadre du projet Opération Enfant Soleil.

Élaboration, avec les équipes de réadaptation (travailleurs sociaux, ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes) de critères de priorisation pour faciliter la gestion des listes d'attente (projet fait conjointement avec Mireille Drapeau et Colombe Pelletier).

Secteur du bloc opératoire, des soins ambulatoires et des maladies chroniques

Bloc opératoire

Des activités visant à rehausser la qualité et la sécurité des services au bloc opératoire ont été réalisées :

- Réaménagement du bloc opératoire
- Réaménagement de l'unité de retraitement au bloc opératoire
- Mise en place de la liste de contrôle d'une chirurgie
- Introduction de champs opératoires jetables
- Amélioration de notre performance quant à l'administration des antibiotiques en prophylaxie lors d'une chirurgie dans les délais recommandés
- Acquisition de nouveaux équipements au bloc opératoire.

Oncologie

Pour mieux répondre à l'augmentation du nombre d'usagers et de traitements dans le secteur de l'oncologie et d'assurer une qualité et une sécurité optimales, nous avons réalisé les projets suivants :

- Redéfini la trajectoire des demandes de service en oncologie/soins palliatifs
- Mis en place une équipe de médecins dédiée à l'oncologie pour couvrir les urgences oncologiques et les soins courants en oncologie
- Dédié un pharmacien à l'oncologie
- Amélioré nos protocoles de traitement
- Commencé l'inscription de la clientèle cible à info santé
- Mis en place des procédures de soins qui visent à rehausser la qualité des soins et services et assurer un meilleur suivi de la clientèle
- Rehaussé la formation du personnel soignant.

Maladies chroniques

L'ajout de la clientèle ayant un diagnostic de syndrome métabolique a amené l'équipe à revoir ses stratégies pour offrir le programme d'enseignement. Des activités de groupe ont aussi été développées et mises en place.

De plus, afin d'évaluer les résultats des activités d'enseignement, l'équipe s'est donné des indicateurs de qualité.

Voici quelques-unes des perspectives pour l'année 2012-2013

- Première phase d'intégration de l'approche adaptée
- Poursuite du développement des programmes d'orientation pour le personnel infirmier sur l'unité de soins de courte durée
- Optimisation du processus d'intégration des stages en soins infirmiers à l'hôpital
- Poursuite des démarches dans l'objectif d'obtenir l'accréditation en lien avec le plan de lutte contre le cancer
- Poursuite et dépôt du programme de soins palliatifs
- Prise en charge de la clientèle aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique par l'équipe des maladies chroniques.

Brigitte Legault
Directrice de programmes et des soins infirmiers

4.2.2 Direction de programmes, de la qualité et du développement

Le mot « développement » résume bien l'année 2011-2012 de cette direction. En effet, la DPQD a réalisé plusieurs projets destinés à la clientèle et a connu un essor considérable. Nous n'avons qu'à penser à la mise en place du programme L'EnTrain, le pilotage de la nouvelle offre de service de première ligne en déficience intellectuelle et TED, la formalisation de plusieurs ententes de collaboration et ententes de services (notamment en dépendance et en jeunesse), et bien plus encore.

En terme de consolidation des services et d'amélioration de la qualité, la direction a été hyperactive ... si je peux m'exprimer ainsi. Durant l'année, nous avons participé à la consolidation du fonctionnement du comité d'éthique clinique du KRTB, mis en place un comité saines habitudes de vie au CSSSK, amélioré l'accès aux services en déficience physique et intellectuelle, consolidé nos partenariats avec le milieu communautaire et institutionnel.

Mais par-dessus tout, nous sommes fiers d'avoir contribué au rehaussement de la qualité et de la sécurité des soins et des services en ayant coordonné la visite d'Agrément Canada, en octobre 2011. Le travail de mobilisation de toutes les directions, des gestionnaires et du personnel face à l'amélioration de la qualité s'est traduit par l'obtention de notre accréditation, avec quelques conditions à répondre pour septembre 2012.

Considérant l'ampleur des actions à mettre en place dans l'ensemble des services du CSSSK, l'obtention de notre accréditation est un élément de fierté pour l'organisation.

Étant donné l'engagement quotidien du personnel et des cadres à améliorer la qualité des services offerts à notre population, nous sommes convaincus que nous pourrons répondre ensemble aux conditions d'Agrément Canada, exigées pour septembre 2012.

Bravo à tous et souhaitons-nous une année 2012-2013 aussi fructueuse!!

SUIVI DES PRIORITÉS ÉTABLIES EN 2011-2012

L'année dernière, dans notre direction, nous avions défini certaines priorités et pistes d'action auxquelles nous jugeons important de faire un suivi.

Le tableau suivant fait un rappel des priorités retenues et identifie les actions qui ont été menées en ce sens.

Priorités 2011-2012	Actions réalisées en lien avec les priorités retenues
Poursuivre les travaux entourant la consolidation de notre offre de service en dépendance.	En 2009-2010, la mise à jour du projet clinique en santé mentale avait été complétée. Il incluait, notamment, des actions de concertation en dépendance. En suivi du projet clinique, le CSSSK s'est entendu avec le Centre de réadaptation en dépendance (L'Estran) sur un projet d'entente de collaboration entre la première et la deuxième ligne. Le projet a été soumis au conseil d'administration en avril dernier, pour adoption.
Augmenter le nombre d'activités de promotion de la santé auprès de la population.	En juin 2011, la DPQD initiait la mise en place d'un « comité saines habitudes de vie au CSSSK ». L'objectif de ce comité est de réaliser annuellement des activités de promotion et de sensibilisation des saines habitudes de vie (physique et psychologique) tant auprès du personnel que de la population du Kamouraska. Durant l'année, le comité a réalisé plusieurs activités, notamment dans le cadre du Défi 5-30, de la semaine de la santé mentale, du Relais pour la vie, etc. Les membres du comité sont satisfaits de leurs réalisations et poursuivront leurs efforts de promotion au cours des prochaines années.
Consolider nos partenariats locaux.	À travers les projets cliniques, plusieurs objectifs communs au CSSSK et aux organismes ont été définis. Des partenariats formels ont même été identifiés. En 2011-2012, le CSSS de Kamouraska a signé une convention de partenariat avec l'ensemble des organismes jeunesse, concernant la lutte au décrochage scolaire et le support aux jeunes en difficulté. Nous avons aussi supporté l'OMH de La Pocatière dans leur projet de logements sociaux destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Priorités 2011-2012	Actions réalisées en lien avec les priorités retenues
	Nous avons également construit avec les partenaires du milieu, un plan local de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale.
Assumer un leadership dans l'atteinte de notre accréditation d'Agrément Canada.	Au cours de la dernière année, la structure d'amélioration continue et intégrée de la qualité s'est déployée dans notre établissement. Plusieurs équipes-qualité, sur lesquelles siègent des gestionnaires et des employés, se sont constituées. Ces équipes-qualité ont comme mandat d'améliorer la qualité et la sécurité de leur service. La DPQD a supporté la mise en place de ces équipes-qualité. Nous avons également préparé la logistique entourant la visite d'Agrément Canada. Le leadership de notre direction dans ce dossier a été salué par l'équipe de visiteurs, la direction générale et le conseil d'administration. Un merci particulier à Colombe Pelletier, Annie Chamberland et Julie Chénard pour leur support. Sans un tel travail d'équipe, les résultats n'auraient pas été les mêmes.
Développer un plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale avec nos partenaires locaux.	Au cours de l'année, le service d'organisation communautaire a défini, avec la participation des membres de la Table Alliance pauvreté du Kamouraska, un plan de lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale. Le plan contenant plusieurs actions (notamment quant à la sécurité alimentaire et l'accès à des plateaux d'insertion à l'emploi) sera actualisé en 2012-2013. Notons que le plan local est supporté financièrement par la Conférence régionale des élus.
Définir une nouvelle offre de service pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.	La mise en place d'une nouvelle offre de service en DI-TED a été un dossier majeur durant la dernière année. Entre avril et décembre 2011, nous avons fait la conception et la révision de l'offre de service. Puis, en janvier 2012, le CSSS de Kamouraska a été le premier établissement au Bas-Saint-Laurent à mettre en place un réseau intégré de services en DI-TED. Entre janvier et septembre 2012, nous procéderons à la phase d'implantation et d'ajustement.

PRINCIPAUX DOSSIERS ET CHANTIERS RÉALISÉS EN 2011-2012, PAR PROGRAMME

Pour chacun des secteurs ou programmes, voici les principales réalisations de la dernière année :

Santé mentale, dépendance, services psychosociaux généraux adultes (gestionnaire : Frédéric Audibert)

- Poursuite des objectifs inclus dans le projet clinique en santé mentale et dépendance;
- Consolidation des deux équipes interdisciplinaires (une en santé mentale et l'autre dans les services psychosociaux généraux);
- Soutien à la réflexion entourant la relocalisation du CLSC La Pocatière;

- Atteinte des pratiques organisationnelles requises dans les services en santé mentale, dans le cadre de la démarche d'agrément;
- Rédaction d'une entente en dépendance avec le Centre de réadaptation L'Estran;
- Conception de trajectoires et de l'offre de service de première ligne en dépendance.

Gestion des risques et amélioration de la qualité (gestionnaire : Annie Chamberland)

- Soutien important aux autres directions dans le déploiement de la structure d'amélioration continue et intégrée de la qualité;
- Consolidation du comité d'éthique clinique du KRTB;
- Préparation de la visite d'Agrément Canada, d'octobre 2011;
- Soutien au comité de gestion des risques;
- Soutien aux gestionnaires dans le cadre des démarches visant l'obtention de l'agrément;
- Mise à jour de politiques et procédures dans divers secteurs de l'établissement;
- Participation à la première phase d'une recherche appliquée auprès des aînés en perte d'autonomie;
- Soutien aux gestionnaires sur la mise en place de pratiques visant la sécurité de la clientèle.

Enfance – jeunesse – famille (gestionnaire : Diane Duchesne)

- Participation et implication majeure dans la rédaction de projets de collaboration entre les partenaires jeunesse (COSMOSS);
- Consolidation du guichet d'accès pour les services destinés aux jeunes et leur famille;
- Mise en place d'une offre de première ligne en déficience intellectuelle et TED, en collaboration avec le CRDI du Bas-Saint-Laurent;
- Poursuite des travaux dans le cadre de l'entente MSSS-MELS;
- Soutien à l'implantation de la nouvelle résidence pour les personnes handicapées du Kamouraska, à Saint-Pascal;
- Développement d'un programme visant à prévenir la négligence envers les enfants.

Concertation avec le milieu et service d'organisation communautaire (gestionnaires : Frédéric Audibert, Frédéric Gagnon et Diane Duchesne)

- Participation active à la concertation jeunesse (poursuite du plan d'action de Québec en forme, implantation d'Avenir d'Enfant, planification entourant l'arrivée de Réunir-Réussir)
- Soutien à l'Office municipal d'habitation de La Pocatière dans ses démarches de financement d'une résidence pour les personnes ayant un problème de santé mentale;
- En collaboration avec le milieu communautaire, le CLD et la SADC, réalisation d'une journée de réflexion portant sur le développement social au Kamouraska (journée tenue en octobre 2011).

Implication de la direction dans le programme destiné aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)

Durant les derniers mois de l'année financière 2011-2012, la DPQD s'est vu confier la responsabilité intérimaire du programme destiné aux personnes âgées. Le but de cette attribution temporaire était de supporter la direction de programmes et des soins infirmiers dans l'accomplissement de ses mandats à l'intérieur du programme de santé physique.

Rappelons que le programme PPALV est composé des services à domicile, la gestion du parc des ressources intermédiaires et les trois centres d'hébergement (Thérèse-Martin, Villa Maria et D'Anjou).

Concernant ce programme, nos priorités furent les suivantes :

- Répertorier les problèmes vécus au soutien à domicile;
- Effectuer une mise à jour complète des plans d'action découlant des visites ministérielles en CHSLD;

- Stabiliser la structure d'encadrement en dotant les postes vacants;
- Débuter des actions visant à améliorer l'offre de service aux personnes âgées et à optimiser les ressources humaines et financières.

PERSPECTIVES 2012-2013

- Poursuivre l'amélioration de l'offre de service destinée aux personnes âgées;
- Rencontrer les conditions d'Agrément Canada afin de préserver notre accréditation;
- Finaliser la relocalisation du CLSC La Pocatière;
- Mettre à jour le plan local de santé publique;
- Participer à la réalisation de projets d'optimisation, de concert avec la direction des ressources financières et les autres directions cliniques.

Frédéric Gagnon
Directeur de programmes, de la qualité et du développement

4.2.3 Direction des services professionnels

Le directeur des services professionnels a comme mandat principal en vertu de la loi de s'assurer que le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et les départements qui le composent remplissent leurs mandats. Il siège d'office au comité exécutif du CMDP et s'assure du fonctionnement optimal de celui-ci.

Il s'assure également du bon fonctionnement des départements et si une obligation d'un chef de département ou une autre composante obligatoire n'est pas remplie, le directeur des services professionnels doit s'en charger, telles les listes de garde pour prévenir le plus possible les interruptions de service.

En dehors des mandats légaux, le directeur des services professionnels assure le suivi des efforts de recrutement et facilite les démarches des candidats au recrutement.

Il participe également aux activités du comité de direction et est partie prenante des dossiers régionaux sur les projets en cours et futurs et les recherches de solutions aux problématiques.

Suivi des objectifs annuels 2011-2012

Poursuivre l'organisation des services médicaux de 1re, 2e et 3e ligne

Au cours de l'année 2011-2012, une entente fut signée pour l'hématologie et l'oncologie et d'autres sont à venir.

Mise en place des journées de consultation en dermatologie et augmentation des heures de consultation en pneumologie.

Contribuer activement au processus d'amélioration continue de la qualité et des travaux préparatoires de la visite de l'agrément prévue à l'automne 2011.

Obtention de l'agrément en octobre 2011. Les demandes complémentaires pour mars 2012 furent complétées et celles de septembre 2012 sont en cours de résolution.

Adapter les composantes d'un accueil clinique.

Dossier à suivre.

Collaborer aux travaux en vue de l'ouverture de la GMF prévue au cours de 2011-2012.

L'implantation de la GMF se poursuit. L'accès optimal au DCN (DPN) du CSSSK sera une condition gagnante pour l'ensemble des services à notre population.

Poursuivre et intensifier le recrutement pour combler, dans la mesure du possible, le plan d'effectifs des médecins et pharmaciens, afin d'offrir des soins de proximité et de qualité à la population.

Poursuite des démarches pour combler les plans d'effectifs du CMDP, afin d'offrir des soins de proximité et de qualité à la population que nous desservons.

Objectifs 2012-2013

- Optimiser les soins pharmaceutiques (recrutement d'un 3e pharmacien, projet Lean);
- Consolider les soins de 1re et 2e ligne;
- Favoriser la mise en place du DCN et son arrimage avec le projet d'un DCI de l'Agence et du DSQ du ministère;
- Poursuivre l'actualisation du Projet médical.

Sous sa responsabilité, la direction des services professionnels a supervisé :

LES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Biologie médicale

- Nous avons poursuivi les travaux en vue de l'agrément des laboratoires. Plusieurs procédures déjà produites ont été approuvées et mises en vigueur. Un certain nombre de procédures et de travaux additionnels restent à réaliser.
- Notre appareil d'hémoculture a été remplacé par un appareil présentant une plus grande capacité de traitement. Cela permet d'absorber plus facilement l'augmentation significative récente des hémocultures.

Imagerie médicale

- Les travaux relatifs à l'installation de notre nouvelle salle de radioscopie ont été entrepris. L'installation est prévue pour juin 2012.

Inhalothérapie - électrophysiologie

- Nous avons augmenté, depuis février dernier, les heures d'accessibilité de consultation sur place du pneumologue. Dorénavant, le pneumologue est présent sur place toute la journée du jeudi plutôt qu'une demi-journée.
- Nous avons débuté un processus de formation continue du personnel du service comportant des simulations de situations critiques.
- Grâce à la générosité de notre fondation, il a été possible de renouveler notre équipement de monitoring ambulatoire de la tension artérielle. Nous pouvons maintenant répondre à une demande accrue en toute sécurité.

Objectifs 2012-2013

- Poursuivre les travaux relatifs au programme-qualité.
- Participer à l'implantation du projet régional de dictée numérique.
- Finaliser l'acquisition et l'installation de la salle de radioscopie numérique.
- Poursuivre l'implantation du logiciel de laboratoire TD-Synergie en collaboration avec l'Agence du Bas-Saint-Laurent et les autres établissements.

LE SERVICE DE PHARMACIE

Le département de pharmacie a réalisé les activités suivantes :

- Visite d'Agrément Canada en octobre 2011
- Suivi des conditions d'Agrément Canada en mars 2012
- Implantation du bilan comparatif des médicaments aux soins intensifs
- Implantation de soins pharmaceutiques en oncologie

Le département est toujours à la recherche d'un troisième pharmacien.

Objectifs 2012-2013

- Implantation d'un partenariat avec le CSSS de Témiscouata pour la distribution des médicaments en CHSLD.
- Implantation du bilan comparatif des médicaments selon le plan de déploiement.
- Suivi des conditions d'Agrément Canada pour septembre 2012.

Gaétan Lévesque, M.D.
Directeur des services professionnels

4.2.4 Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

L'année 2011-2012 a été une année de continuité en regard des chantiers entrepris et des engagements établis en 2010-2011. Certaines réalisations ont été menées à terme alors que d'autres travaux sont toujours en cours d'évolution. Il est important de souligner la contribution de madame Caroline Landreville dans l'avancement de ces dossiers. Madame Landreville, directrice des ressources humaines et du développement organisationnel, a quitté le CSSSK en avril dernier pour un autre emploi. Nous tenons à la remercier pour tout le travail réalisé.

Les lignes qui suivent vous permettront de prendre connaissance des résultats des activités et des réalisations des divers secteurs de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel ayant eu cours dans l'année 2011-2012.

- Le 10 novembre 2011, nous avons souligné, sous forme d'une dégustation de vins et fromages, l'activité de reconnaissance du personnel. À cette occasion, un cadeau était remis au personnel actif fêtant 15 et 25 ans de service ainsi qu'au personnel ayant quitté après 5-14, 15-24 et 25 ans de service au cours de l'année 2010-2011. Dans le cadre de cette activité, nous avons rendu hommage à trente-cinq (35) personnes.

- Élaboration et actualisation des politiques et procédures suivantes :

DRHDO-PO-03	Politique encadrant la tenue vestimentaire
DRHDO-PO-04	Politique de violence et harcèlement en milieu de travail
DRHDO-PO-52	Dépenses de fonction
DRHDO-PRO-50	Procédure de vaccination contre l'influenza
DRHDO-PRO-51	Procédure de déclaration en cas de manquement au code d'éthique
DRHDO-PRO-52	Appréciation du rendement

- Élaboration et actualisation de 60 % des descriptions de tâches de l'organisation;
- Sensibilisation pour consolider le processus d'utilisation des formulaires de demandes de participation à une activité de formation;
- Informatisation des horaires de travail dans les secteurs d'activités paratechniques et des services auxiliaires de l'hôpital;
- Poursuite des rencontres du comité PDRH;
- Organisation du processus d'accueil des nouveaux employés;
- Après quelques tentatives infructueuses, remise sur pied et intégration du comité valorisation, reconnaissance et plaisir au travail au sein du comité PDRH;
- Présentation de capsules d'information aux gestionnaires sur des sujets qui relèvent de la gestion des ressources humaines.

Dotation

Le secteur de la dotation a été un secteur très actif en cette année qui s'est terminée le 31 mars 2012.

Durant l'année financière 2011-2012, plusieurs mouvements de personnel ont été effectués découlant de l'affichage de plusieurs postes. Du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011, nous avons affiché 107 postes. Et du 1er janvier 2012 au 29 mars 2012, nous avons affiché environ 30 postes. Il y a eu beaucoup de mouvements de main-d'œuvre, étant donné de nombreux départs à la retraite, des départs volontaires, des retours aux études et pour d'autres raisons. Nous avons également dû embaucher des personnes supplémentaires pour pallier le manque de main-d'œuvre au niveau de la liste de rappel et pour combler les départs à la retraite et diverses assignations (congés de maternité, maladies, congés sans solde, etc.).

De plus, 5 contrats pour les CEPI (candidat à l'exercice de la profession infirmière) ont été signés ce printemps. Nous sommes heureux d'accueillir ces dernières qui laissent présager une belle relève pour l'avenir. L'objectif premier de ces contrats est de « rétentionner » le personnel en soins infirmiers, car nous sommes en situation de vulnérabilité pour le titre d'emploi d'infirmière.

Au niveau du recrutement, nous avons été présents lors de la « Journée Carrière en santé» à Rimouski, le 17 novembre 2011. Nous y avons rencontré des étudiants du 4e et 5e secondaire lesquels ont participé à des activités préparées par les travailleurs de la santé des CSSS du Bas-St-Laurent visant à faire connaître les différents titres d'emploi du milieu de la santé. Le 22 novembre 2011, nous avons été présents à la « Journée des professions de la santé » à l'Université Laval. Nous avons également rencontré de futurs finissants préposés aux bénéficiaires de la Polyvalente Chanoine-Beaudet de Saint-Pascal, le 21 décembre 2011, pour parler des perspectives d'emploi du CSSSK. Nous avons aussi été présents à l'activité « Employeur qui embauche » qui s'est tenue le 8 mars 2012 au Centre Bombardier de La Pocatière.

De plus, nous avons eu recours, encore cette année, à des méthodes de recrutement peu coûteuses qui sont disponibles dans notre région, soit le Carrefour jeunesse emploi, Emploi Québec, le Centre service Canada pour

jeunes, le site Santé Montréal. À l'extérieur de la région, nous avons eu recours à divers sites de placement universitaires. Nous avons également eu recours aux services de recrutement de différents cégeps des régions environnantes ainsi qu'au Centre de formation le Pavillon de l'Avenir. Pour des emplois plus spécialisés, nous avons davantage utilisé les journaux régionaux, provinciaux et, au besoin, fait appel aux ordres professionnels. Pour pallier le manque d'effectifs pour les remplacements du personnel infirmier, nous avons dû avoir recours à une agence.

Enfin, en ce qui a trait aux statistiques pour l'année 2011-2012, il y a eu 97 embauches, 93 départs et 11 réembauches.

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres (en date du 31 mars)		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	16	16
• Temps partiel (nombre de personnes : équivalents temps complet (a) excluant les personnes en stabilité d'emploi	1	4
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers (en date du 31 mars)		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	279	267
• Temps partiel (nombre de personnes : équivalents temps complet (a) excluant les personnes en stabilité d'emploi	114	92
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	0
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	159 048	148 272
• Équivalents temps complet (b)	87	81

a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;
Divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi

b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées;
Divisé par : 1826 heures.

Formation et développement de main-d'œuvre

Du côté du développement du personnel, malgré les compressions imposées par la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (loi 100), de nombreuses formations ont encore, en 2011-2012, été offertes aux employés. Voici quelques exemples des principales formations ayant eu cours dans cette dernière année financière :

- Formation de base en immunisation;
- Trauma nursing core cours (TNCC);

- Formation sur la réanimation cardio-respiratoire (RCR);
- Début du programme sur l'approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO);
- Agir pour améliorer l'autonomie;
- Pratiques transfusionnelles réglementaires;
- Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires;
- Approche milieu de vie;
- Intervenir auprès de la personne suicidaire;
- Gestion des documents cliniques;
- Allaitement;
- Donner des soins de façon sécuritaire à de la clientèle obèse;
- Etc.

Dans le cadre du plan de développement des ressources humaines, dimension mobilité et orientation de carrière, nous avons entrepris des démarches pour aider les employés déjà en poste au CSSSK à accéder à d'autres titres d'emploi. En fait, de concert avec la Commission scolaire de Kamouraska-Rivière-du-Loup, nous avons organisé, le 15 février 2012, une séance d'information portant sur le programme de reconnaissance des acquis. Ce programme permet à des personnes qui ont de l'expérience comme préposé aux bénéficiaires ou comme proche aidant de transformer leur expérience en diplôme.

Relativement à la formation « PDSB » (Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires), nos formateurs ont donné cette formation à plus de 31 personnes travaillant ou en processus de travailler en résidences privées, et ce, dans le cadre du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence privée pour personnes âgées.

Planification de main-d'œuvre

Départs à la retraite				
Année	TC	TPR	TPO	Total
2011-2012	17			17
2010-2011	16	2		18
2009-2010	21	6		27
2008-2009	27	3	1	31
2007-2008	15	6	1	22
2006-2007	13	5		18

Départs à la retraite par unité d'accréditation						
Année	FIIQ	FTQ	CSN	PROF.	CADRE	Total
2011-2012	9	5	1	1	1	17
2010-2011	8	6	4			18
2009-2010	9	10	5	2	1	27
2008-2009	9	11	2	3	6	31
2007-2008	6	12	2	1	1	22
2006-2007	6	8	2		2	18

Départs progressifs			
Année	Nouveaux contrats	Contrats en cours	Contrats actifs
2011-2012	12	14	26
2010-2011	4	14	18
2009-2010	2	18	20
2008-2009	7		
2007-2008	11		
2006-2007	5		

Départs progressifs par direction			
Direction	2011-2012	2010-2011	2009-2010
DPSI	13	14	13
DPQD	7	2	4
DSP	4	1	1
DRFTI	2	1	2
DRHDO			
Total :	26	18	20

Note :
Un nouveau tableau « Départs à la retraite par unité d'accréditation » a été inclus à la présentation du rapport de statistiques 2011-2012. Pour l'année 2011-2012, les contrats de départs progressifs des employés des centres d'hébergement ont été comptabilisés dans la direction de programmes, de la qualité et du développement en raison de la modification de la structure d'encadrement.

En collaboration avec La Capitale, services-conseils, une session de formation sur la planification de la sécurité financière à l'aube de la retraite a eu lieu le 28 mars 2012. Cette séance de formation a permis à 21 personnes d'être informées sur comment se bâtir un plan financier.

Santé et sécurité au travail

Le comité paritaire santé et sécurité au travail est toujours présent dans l'organisation. Différentes recommandations ont été faites dans la dernière année. De plus, les accidents de travail et les incidents déclarés sont tous analysés à chacune des rencontres de sorte que nous puissions corriger les situations problématiques afin qu'elles ne se reproduisent pas.

Le programme PRATA (Programme de retour au travail adapté) a également été mis en application à diverses reprises ce qui nous a permis de favoriser un retour au travail plus rapide et adapté à plusieurs travailleurs du CSSSK.

Des analyses ergonomiques de postes de travail ont été faites afin de réduire les problématiques pouvant être développées à long terme par des postures ou des postes de travail mal adaptés.

Un processus d'enquête a été réalisé chaque fois qu'un accident de travail avec perte de temps survenait.

De nombreux efforts ont également été faits par le service santé en vue d'assurer une rigueur et une conformité dans les suivis des dossiers. Ces efforts ont certainement contribué à faire en sorte que nous parvenions à respecter la cible fixée en début d'année par le MSSS concernant l'assurance salaire. En effet, nous terminons l'année 2011-2012 avec un taux d'absentéisme de 5 % alors que la cible pour notre établissement avait été fixée à 5,5 %.

Relations de travail

Le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux a négocié et convenu des dispositions nationales des conventions collectives 2011-2015 avec les différents syndicats.

En mars 2012, à la suite des modifications à la nomenclature des titres d'emploi des agentes administratives décrits dans le message émis par le MSSS, nous avons procédé à la transition des postes et des employées vers les nouveaux titres d'emploi.

Les rencontres, en comité de relations de travail, se sont tenues régulièrement au cours de l'année. Ceci a permis de régler certains litiges ainsi que de faciliter les communications et la coopération entre les syndicats et l'employeur.

Les quatre tableaux suivants dressent l'état de la situation concernant les griefs pour l'année 2011-2012 :

État des griefs du
(1er avril 2011 au 31 mars 2012)

Syndicat des professionnelles en soins de Québec (SPSQ – FIQ)

Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	9
Nombre de griefs déposés durant l'année	35
Total :	**44**

Description	Nombre
Nombre de griefs réglés durant l'année	20
Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**20**

Nombre de griefs à la fin de l'année	24
Nombre de griefs en voie de règlement	15

État des griefs du
(1er avril 2011 au 31 mars 2012)

Syndicat québécois des employés-es de service, section locale 298 (FTQ)

Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	12
Nombre de griefs déposés durant l'année	25
Total :	**37**

Description	Nombre
Nombre de griefs réglés durant l'année	32
Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**32**

Nombre de griefs à la fin de l'année	5
Nombre de griefs en voie de règlement	4

État des griefs du
(1er avril 2011 au 31 mars 2012)

Syndicat des employés-es de bureau du CSSSK (CSN)

Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	8
Nombre de griefs déposés durant l'année	8
Total :	**16**

Description	Nombre
Nombre de griefs réglés durant l'année	11
Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**11**

Nombre de griefs à la fin de l'année	5
Nombre de griefs en voie de règlement	3

État des griefs du
(1er avril 2010 au 31 mars 2011)

Syndicat des techniciens-nes et professionnels-les de la santé du Kamouraska (CSN)

Description	Nombre
Nombre de griefs au début de l'année	2
Nombre de griefs déposés durant l'année	5
Total :	**7**

Description	Nombre
Nombre de griefs réglés durant l'année	6
Nombre de griefs réglés par arbitrage	0
Total :	**6**

Nombre de griefs à la fin de l'année	1
Nombre de griefs en voie de règlement	1

Objectif du plan d'action : Le présent plan d'action vise à l'atteinte des objectifs suivants :

Orientation 1 : Repositionnement de la DRHDO

1. Clarifier les rôles et responsabilités de la DRHDO au sein de l'équipe elle-même et dans l'organisation.
2. Préciser les rôles des différents intervenants de l'équipe de la DRHDO.

Orientation 2 : Soutenir les clients de la DRHDO (directeurs, gestionnaires et employés)

1. Accompagner, informer et former les gestionnaires sur différents aspects de la gestion des ressources humaines.
2. Offrir un rôle-conseil orienté vers la responsabilisation de nos clients afin de les rendre les plus autonomes possible.
3. Clarifier et/ou concevoir des cadres et processus ressources humaines efficaces et efficients.
4. Connaître les attentes et les besoins des gestionnaires face à notre direction (et recentrer les attentes si elles sont non réalistes).

Orientation 3 : Favoriser une culture de gestion saine et humaine des ressources

1. Promouvoir et inculquer, auprès des gestionnaires et du personnel du CSSSK, une philosophie de gestion saine et humaine des ressources humaines et assurer un transfert de cette philosophie dans les interventions de la DRHDO.
2. Intervenir dans une optique de partenariat et de saine gestion auprès des syndicats et des employés.
3. Effectuer le diagnostic du climat organisationnel de l'organisation.

Orientation 4 : Favoriser et encadrer le développement des compétences et la reconnaissance

1. Élaborer un Plan de développement des ressources humaines.
2. Mettre en place un processus d'appréciation du personnel.
3. Encadrer la formation et soutenir les gestionnaires dans leur planification.

Orientation 5 : Rendre permanente la préoccupation du recrutement/rétention

1. Assurer un suivi rigoureux de notre PMO (planification de la main-d'œuvre).
2. Faire du CSSSK un milieu accueillant pour les nouveaux employés.
3. Assurer la visibilité du CSSSK au niveau régional et provincial.
4. Établir des partenariats avec différentes organisations en lien avec le recrutement.

Caroline Landreville
Directrice des ressources humaines et du développement organisationnel

4.2.5 Direction des ressources financières, techniques et informationnelles

La direction des ressources financières, techniques et informationnelles couvre les secteurs suivant : comptabilité, analyse financière, approvisionnement, informatique, sécurité des actifs informationnels, téléphonie, alimentation, buanderie, entretien ménager, installations matérielles, transport, génie biomédical, gestion des déchets, gestion de l'énergie et la sécurité de nos infrastructures.

Voici un bref aperçu des réalisations de la direction par secteur.

Ressources financières

- Mise à jour de la politique d'approvisionnement.
- Préparation des politiques suivantes :
  - Politique de capitalisation.

- Politique de disposition des immobilisations.

- Suivi intensif des résultats budgétaires périodiques aux différentes instances administratives.
- Suivi des mesures mises en place afin de répondre aux exigences de la Loi 100 et d'optimisation.
- Achat de plusieurs équipements dont voici les principaux :
  - Laparoscope;
  - Endoscopes;
  - Stérilisateur pour endoscope;
  - Table néonatale;
  - Système d'hémoculture;
  - Système d'anesthésie.

- Préparation d'un rapport financier du suivi des dépenses du fonds Desjardins depuis sa création.
- Achat d'équipements par la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima au cours de l'exercice pour un total de 117 582 $ dont voici un bref aperçu :
  - Pompes volumétriques;
  - Civière pédiatrique;
  - Équipements de dentisterie au bloc opératoire;
  - Mobilier et équipements soins palliatifs;
  - Moniteur à pression ambulatoire.

Également, nous avons reçu une somme de 11 149 $ d'Opération Enfant Soleil qui a servi à l'acquisition d'équipements pour l'obstétrique :

- Matelas immobilisateur pédiatrie;
- Civière pédiatrique hydraulique;
- Moniteur de signes vitaux de transport.

Ressources techniques

- Les services techniques ont réalisé des travaux de rénovations fonctionnelles et de maintien de nos bâtiments pour un montant de plus de 1 437 000 $:

- Mise aux normes système de plomberie	131 000 $
- Mise aux normes entrepôt déchets	52 000 $
- Mise aux normes du local de gaz comprimé	26 000 $
- Mise aux normes bloc opératoire	36 000 $
- Mise aux normes entrées électriques	231 000 $
- Mise aux normes système et contrôles de chauffage	165 000 $
- Réfection de planchers	62 000 $
- Rénovation de la cuisine Centre d'hébergement D'Anjou	72 000 $
- Terrasse Centres d'hébergement D'Anjou et Thérèse-Martin	10 000 $
- Optimisation 3e étage	236 000 $
- Réaménagement salle d'eau Centre d'hébergement D'Anjou	103 000 $
- Réfection salle de l'autoclave	51 000 $
- Réfection solinage	10 000 $
- Réfection égout pluvial	23 000 $
- Ventilation	58 000 $
- Remplacement compresseur chambres froides	91 000 $
- Remplacement portes intérieures et extérieures	80 000 $

- Un budget de près de 230 000 $ a été affecté à la relocalisation du service de réadaptation à l'intérieur de l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.
- Remplacement du système téléphonique devenu désuet par la mise en place d'un système de téléphonie IP pour un investissement de 158 000 $.
- Poursuite des investissements réservés à la mise en place d'équipements occasionnant des économies d'énergie : installation des contrôleurs de charge et remplacement des entrées électriques de nos bâtiments.
- Poursuite de la mise à jour de nos plans des mesures d'urgence pour tous les bâtiments, en particulier les centres d'hébergement et l'Hôpital Notre-Dame-de-Fatima.
- Rehaussement important des entretiens préventifs des équipements médicaux spécialisés par le début de la mise en place d'un programme d'entretien préventif par le secteur du GBM (Génie biomédical).

Ressources de l'hôtellerie

- Participation active à la mise en place de la politique alimentaire par la révision des menus aux trois semaines dans le souci de répondre aux besoins de la clientèle.
- Au niveau des distributrices automatiques, poursuite de la révision importante de l'offre de service en intégrant de nouveaux aliments sains (barres santé, céréales, etc.) et de nouveaux plats.
- Dans le service hygiène et salubrité, nous avons poursuivi la mise en place des nouvelles routes de travail combinées à l'arrivée des linges en microfibre et les nouvelles techniques de nettoyage ont contribué à notre poursuite d'amélioration de la qualité, de la propreté et de la prévention des infections.
- Relance du dossier des zones grises (équipements ou endroits nécessitant un nettoyage précis) en collaboration avec la Directrice de programmes et des soins infirmiers.
- Augmentation du niveau de la sécurité des lieux (Hôpital Notre-Dame-de-Fatima) par la révision des rondes de sécurité et l'identification des agents de sécurité.

Ressources informationnelles

- Poursuite des travaux entourant le remplacement de l'application DPN (Dossier patient numérisé) par le DCN (Dossier clinique numérisé) :
  - Mise en place du serveur virtuel pour la numérisation;
  - Mise en place du serveur virtuel pour le traitement des résultats de laboratoire;
  - Mise en place du serveur virtuel pour l'application Purkinje et GDC (Gestion des documents cliniques);
  - Développement par l'équipe informatique de l'application GDC;
  - Conversion et importation des données DPN dans le DCN (plus de 3 000 000 de documents);
  - Déploiement de l'application GDC sur la majorité des postes informatiques;
  - Formation des usagers pour l'application GDC;
  - Projection de déploiement DCN-GDC en 2012.

- Rehaussement des applications suivantes :
  - ProMenu pour les services alimentaires;
  - Octopus pour la gestion des demandes de services informatiques et techniques;
  - Office 2010 de Microsoft pour tous les utilisateurs;
  - Antidote RX pour les agentes administratives.
- Également, les travaux suivants ont été réalisés en plus de répondre aux besoins de tous les utilisateurs :
  - Participation aux projets régionaux d'appel d'offres pour la dictée numérique;
  - Mise en production de l'entrepôt de données « Expresso Paie/GRH »;
  - Mise en place du service de dépôt direct pour le système SIRTF (paiement aux ressources intermédiaires).

En conclusion, toutes ces réalisations sont le résultat de beaucoup d'efforts faits par les équipes de la DRFTI et je tiens à les remercier pour leur travail constant tout au cours de l'année 2011-2012.

Luc Adam, CPA, CA
Directeur des ressources financières, techniques et informationnelles

4.3 ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION

L'adoption de la planification stratégique pour guider les actions de l'organisation au cours des années 2010-2015 a été faite en janvier 2011 après consultations auprès des maires de la MRC de Kamouraska et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
La planification stratégique du CSSSK constitue le guide de cheminement et il s'inspire de la planification stratégique 2010-2015 du MSSS et de celle de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent pour la même période. Le plan du CSSSK est aussi en lien avec la mission, la vision et les valeurs organisationnelles. Il servira de repère pour la conduite performante et efficiente des activités quotidiennes d'ordre cliniques et administratives. Les qualités intrinsèques de cette planification sont d'abord les consultations dont elle a fait l'objet, le fait qu'elle interpelle toute l'organisation, que toutes les directions s'y retrouvent et enfin qu'elle destine notre établissement à devenir un véritable réseau intégré de services.

L'action sur les déterminants de la santé conduit le CSSSK, selon le cas, à consolider, à revoir et à établir de nouveaux partenariats. L'identification de nos interventions futures constitue la première étape d'une mobilisation conjointe à l'atteinte de notre objectif d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Ces derniers éléments se traduiront par des orientations transformées dans les prochains mois en plans d'action et plans de travail spécifiques qui identifieront sur le terrain les actions au quotidien qui seront réalisées dans l'atteinte de ces objectifs.

Enfin sur le plan structurel, retenons cette orientation de l'Agence de la santé et des services du Bas-Saint-Laurent dans son projet de Planification stratégique 2010-2015. « Aucune modification de structure, au regard de la constitution des huit instances locales existantes, n'y est prévue. La proximité des décideurs des centres de santé et de services sociaux (CSSS) des populations locales nous semble très favorable au sentiment d'appartenance, tant des usagers que des employés envers leur établissement. Dans ce contexte, nous relevons le défi d'améliorer l'offre de services tout en augmentant la performance globale dans notre réseau ».[5] Le CSSSK s'inscrit dans cette foulée pour le mieux-être de sa population et de ses ressources.

Cette réflexion entourant la planification stratégique a été réalisée avec le concours de l'équipe de direction, des gestionnaires et des exécutifs : CMDP, CII, CIIA, CM du CSSSK. Les organismes communautaires, autres instances de l'intersectoriel, les maires et le Préfet de la MRC de Kamouraska ont tous collaboré à ce projet de planification stratégique et à cet égard nous les en remercions très sincèrement.

Les enjeux cliniques du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska :

Enjeu 1 : L'action concertée sur les déterminants de la santé et du bien-être;

- Orientation 1 :
  1. Consolider l'action sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être.

[5] 16 juin 2010, Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Planification stratégique 2010-2015, p. 8.

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne dans une perspective d'intégration et de hiérarchisation des services;

- Orientation 2 :
  1. Améliorer l'accès aux services médicaux de 1re ligne.

- Orientation 3 :
  1. Promouvoir l'utilisation des services Info-Santé et assurer l'accès à un service téléphonique pour les personnes éprouvant des problèmes psychosociaux.

- Orientation 4 :
  1. Assurer la continuité des services dispensés aux clientèles atteintes de maladies chroniques ou de cancer.

- Orientation 5 :
  1. Assurer la continuité des services aux jeunes en difficulté.

- Orientation 6 :
  1. Assurer la continuité des services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou aux prises avec une problématique d'abus ou de dépendance.

- Orientation 7 :
  1. Améliorer l'intégration et la coordination des services offerts aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

- Orientation 8 :
  1. Améliorer l'accessibilité et la qualité des services de soutien à domicile et offrir des milieux de vie diversifiés et adaptés aux besoins des clientèles ayant des besoins spécifiques.

- Orientation 9 :
  1. Consolider l'organisation des services en soins palliatifs de fin de vie.

Enjeu 3 : Un délai cliniquement approprié pour l'accès aux services;

- Orientation 10 :
  1. Assurer une répartition et une organisation optimale des ressources médicales spécialisées.

- Orientation 11 :
  1. Assurer l'accès aux services thérapeutiques et diagnostiques.

- Orientation 12 :
  1. Assurer l'accès aux services de réadaptation et de maintien dans le milieu pour les personnes ayant une déficience.

- Orientation 13 :
  1. Assurer l'accès aux services spécialisés pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Enjeu 4 : La qualité des services et l'innovation;

- Orientation 14 :
  1. Soutenir l'implantation de standards cliniques, le transfert des connaissances et l'innovation.

- Orientation 15 :
  1. Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services.

Enjeu 5 : La mise en réseau des services de santé et des services sociaux;

- Orientation 16 :
  1. Consolider la mise en place de notre réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS).

Enjeu 6 : L'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines;

- Orientation 17 :
  1. Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité d'une main-d'oeuvre qualifiée répondant aux besoins de la population de notre territoire.

- Orientation 18 :
  1. Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes.

Enjeu 7 : Le développement des systèmes d'information en support à l'offre de services;

- Orientation 19 :
  1. Assurer l'accès, la circulation et l'intégration des informations cliniques et administratives.

Enjeu 8 : La performance globale du système de santé et de services sociaux;

- Orientation 20 :
  1. Optimiser l'utilisation des ressources financières et matérielles.

- Orientation 21 :
  1. Analyser les partages pertinents de services interétablissements et interagences.

Enjeu 9 : Les communications internes-externes;

- Orientation 22 :
  1. Implanter le plan et la politique de communication.

Enjeu 10 : La gouvernance;

- Orientation 23 :
  1. Revoir la gouvernance du CSSSK.

4.4 MOYENS MIS EN PLACE POUR ÉVALUER LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE ET LES RÉSULTATS OBTENUS

Les différents moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle et les résultats obtenus sont soulignés à l'intérieur du message du Président et du directeur général ainsi qu'à l'intérieur des rapports annuels des différentes directions présentés à la section *activités de l'établissement.*

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska s'est inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité. Comme cette démarche est à la fois continue et intégrée, la satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle est au cœur des préoccupations au quotidien. L'entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 prévoit des axes d'intervention, des objectifs et des indicateurs de la planification stratégique régionale de même que les engagements que prend le CSSSK pour y donner suite.

FICHE DE REDDITION DE COMPTES 2011-2012

Axe :	Santé publique - SIPPE		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Rejoindre 80 % des femmes visées en 2011			
Indicateur	*Résultat 2010-2011*	*Cible 2011-2012*	*Résultat 2011-2012*
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	75 %	80 %	33,3 %

Axe :	Santé publique – Maladies infectieuses			
Objectifs de résultats 2010-2015 : Rejoindre les enfants en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec				
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	56,6 %	Augm	85,7 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	27 %	Augm	67,6 %
1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	57 %	Augm	68,1 %
Axe :	Santé publique – Contrôle des infections nosocomiales			
Objectifs de résultats 2010-2015 : Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis				
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.1.17	Pourcentage d'établissement de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	0 %	100 %	100 %
1.1.18	Pourcentage d'établissement ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100 %	100 %	100 %
1.1.19	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis			0 %
Axe :	Santé publique – Programme national de santé publique			
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.1.20	Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PB+NSP)		Collaboration au PNSP	80 %
1.1.20R1	Tenue d'une rencontre pour discuter de la mise en œuvre du PAL entre les responsables de la santé publique locaux et l'Équipe de mise en œuvre du PAR		X	Oui
Axe :	Santé publique – Pratiques cliniques préventives (PCP)			
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.1.21	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien		Soutien aux PCP	70 %

Axe :	Perte d'autonomie – Soutien à domicile			
Objectifs de résultats 2010-2015 : Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants				
Indicateur		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.3R2	Nombre de personnes ayant participé au programme		10	12
1.3R3	Nombre d'usagers recevant des services SAD pour lesquels il existe un PI ou un PSI	77,0	Augm	49
1.3.5	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de service (CSSS - mission CLSC) – Cible d'augmentation en heures de services directs	21870	20714	23509
Axe :	Perte d'autonomie – Hébergement			
Indicateur		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,14	3,00	3,245
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,25	0,23	0,233
Axe :	Perte d'autonomie – Hébergement – Courte durée			
Indicateur		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.3R4	Proportion des jours-présence en courte durée de personnes en attente d'hébergement	0,0 %	0,0 %	0,0 %
1.3R5	Nombre moyen de jours présences en courte durée de personnes en attente d'hébergement	9,00	0,00	0,00
Axe :	Perte d'autonomie – Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)			
Indicateur		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.3.6	Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	59,1 %	73,0 %	54,7 %
Axe :	Perte d'autonomie – Approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier			
Indicateur		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.3.7	Pourcentage des composantes reliées à l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier qui sont à l'implanter	0,0 %	50,0 %	50,0 %

Axe :	Déficience physique – Plan d'accès - CSSS		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.45.4.1 Respect des délais – tous âges – toutes priorités	71 %	90 %	91,7 %
1.45.4.2 Respect des délais – tous âges – priorité urgente (3 jours)	100 %	90 %	N/A
1.45.4.3 Respect des délais – tous âges – priorité élevée (30 jours)	67 %	90 %	N/A
1.45.4.4 Respect des délais – tous âges – priorité modérée (1 an)		75 %	91,7 %
1.55.4.1 Nombre d'usagers différents pour lesquels l'établissement est impliqué dans le plan de services individualisé	50	Augm	31

Axe :	Déficience intellectuelle et TED – Soutien à domicile et plan d'accès CSSS		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Assurer aux personnes ayant une déficience l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.45.5.1 Respect des délais – tous âges – toutes priorités	0 %	90 %	33,3 %
1.45.5.2 Respect des délais – tous âges – priorité urgente (3 jours)	0 %	90 %	N/A
1.45.5.3 Respect des délais – tous âges – priorité élevée (30 jours)	S/O	90 %	0 %
1.45.5.4 Respect des délais – tous âges – priorité modérée (1 an)		75 %	50 %
1.55.5.1 Nombre d'usagers différents pour lesquels l'établissement est impliqué dans le plan de services individualisé	21	Augm	1

Axe :	Jeunes en difficulté – Services de 1re ligne		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.6R1 Nombre de jeunes en difficulté recevant des services de première ligne en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI	88	Augm	53
1.6.10 Pourcentage de territoires locaux où un programme d'intervention en négligence reconnue efficace est offert		X	100 %

Axe :	Dépendances – Jeu pathologique		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de 1e ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.7.2 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de 1re ligne offerts par les CSSS (voir note)		10	4

Axe :	Santé mentale - Services de 1re ligne		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1e ligne par une équipe multidisciplinaire et assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	417	417	408
1.8R1 Nombre de personnes présentant des troubles de santé mentale et recevant des services de 1re ligne en CSSS pour lesquels il existe un PI ou un PSI	127	Augm	115
1.8.5 Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	23,83	24	19

Axe :	Santé physique - Urgences		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9.1 Séjour moyen sur civière	9,82	11,00	11,71
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,17	11,00	14,11
1.9.3 Pourcentage séjour de 48 heures et plus sur civière	0,5 %	0,0 %	1,6 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,6 %	0,0 %	1,7 %
Axe :	**Santé physique – Soins palliatifs à domicile**		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Rendre accessible dans chaque territoire de CSSS des lits dédiés aux soins palliatifs en fin de vie pour la population du territoire en respectant les critères pour la désignation de tels lits			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9.5R1 Nombre de lits dédiés aux soins palli8atifs		3	3

Axe :	Santé physique – Chirurgie		
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	212	350	204
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	281	256	151
1.9.32.4 Nombre de demandes pour une chirurgie d'un jour en attente depuis plus de 1 an	0	0	0
1.9.32.5 Nombre de demandes pour une chirurgie avec hospitalisation en attente depuis plus de 1 an	0	0	0
1.9.20.4 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	97,7 %	90,0 %	97,9 %
1.9.20.5 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	100,0 %	90,0 %	97,5 %
Axe :	**Santé physique – Médecine familiale**		
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés		1	1
1.9.25R Nombre de professionnels œuvrant avec les équipes de GMF		Augm	15
Axe :	**Santé physique – Programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques**		
Objectifs de résultats 2010-2015 : Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins et améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches			
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9R6 Usagers rencontrés en counselling individuel, syndrome métabolique, maladies ischémiques et fumeurs (MCV stables et instables)	208	237	279
Axe :	**Santé physique – Programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques (suite)**		
Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.9R8 Usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement individuel, diabète	925	429	458
1.9R9 Usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement individuel, asthme	2	82	10
1.9R10 Usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement individuel, MPOC/IC	204	128	109

Axe :	Ressources humaines			
Objectifs de résultats 2010-2015 : Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activités et réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique				
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées	5,27 %	5,50 %	4,63 %
3.5.1	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	5,00 %	5,83 %	5,35 %
3.5.2	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,76 %	3,05 %	3,05 %
3.6.1	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmières	0,12 %	0,00 %	1,11 %
3.6.2	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en infirmières auxiliaires	0,00 %	0,00 %	0,00 %
3.6.3	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en préposés aux bénéficiaires	0,00 %	0,00 %	0,00 %
3.8	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre		Plan mis à jour	Oui
3.9	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail		Démarche réalisée	Non
3.10	Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique – Volet préceptorat		Prog. mis en oeuvre	Oui

Axe :	Perte d'autonomie, santé mentale et santé physique – Trajectoire des clientèles gériatriques			
Objectifs de résultats 2010-2015 : Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques				
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
4.1.1	Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	0,00 %	0,00 %	0,00 %
4.1.3	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	0,00 %	0,00 %	0,00 %
Axe :	Perte d'autonomie, santé mentale et santé physique – Trajectoire des clientèles gériatriques (suite)			
4.1.5	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,00 %	0,00 %	0,30 %
4.1.6	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	0,00 %	0,00 %	0,10 %
4.1.8	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	18,00 %	0,18 %	0,00 %

Axe :	Perte d'autonomie, santé mentale et santé physique – Trajectoire des clientèles transitant par l'hôpital			
Indicateurs		*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
4.1.2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	0,00 %	0,00 %	0,10 %
4.1.4	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	0,00 %	0,00 %	0,20 %
4.1.7	Nombre moyen de patients en attente de longue durée en Santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	0,00 %	0,00 %	0,10 %

4.4.1 RELATIVEMENT À L'APPLICATION DE LA LOI METTANT EN ŒUVRE CERTAINES DISPOSITIONS DU DISCOURS SUR LE BUDGET DU 30 MARS 2010 ET VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE EN 2013-2014 ET LA RÉDUCTION DE LA DETTE

Des mesures de compressions budgétaires que le ministère de la Santé et des Services sociaux a adoptées dans le cadre de la Loi 100 et une directive du MSSS est entrée en vigueur le 30 avril 2010. Cette directive vise à réduire le coût des activités administratives des établissements de santé et de services sociaux et doit faire l'objet d'une application rigoureuse. Des mécanismes ont d'ailleurs été mis en place pour assurer le suivi de son application. Les enveloppes budgétaires initiales ont été ajustées en tenant compte des cibles budgétaires à rencontrer.

Malgré le fait que les mesures identifiées concernent principalement les activités de nature administrative, une attention particulière est apportée quant à la pertinence des dépenses de même type reliées aux activités cliniques sans toutefois compromettre les services directs à la population.

Ainsi, dans le cadre de l'application de la Loi 100, la cible budgétaire qui doit être rencontrée sur la période 2011-2012 / 2013-2014 est une somme de 614 105 $ répartie de la façon suivante :

- 2010-2011 : 147 956 $
- 2011-2012 : 267 316 $
- 2012-2013 : 51 833 $
- 2013-2014 147 000 $ (prévision)

Au cours des années précédentes, la nature des compressions s'est traduite par les éléments suivant :

- Réduction de 25 % des charges en publicité, frais d'inscription et de séjour, congrès, frais de déplacement et formation;
- Abolition de 3 jours du poste de coordonnatrice à la Direction générale;
- Heures de surcroît de travail réduites ou éliminées dans divers secteurs administratifs;
- Économie sur 5 ans liée au nouveau contrat de service sur photocopieurs de l'établissement;
- Diminution des services achetés, consultants externes;
- Postes non remplacés en tout ou à demi temps suite à des départs à la retraite;
- Abolition d'un poste à temps complet dans les secteurs administratifs.
- Abolition d'un poste à la direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO).

En 2011-2012, notre établissement a respecté les mesures de la loi 100 identifiées à l'intérieur de son budget d'opération.

4.4.2 RELATIVEMENT AUX SUITES APPORTÉES AUX RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÉMENT DANS SON DERNIER RAPPORT

Suite à une visite d'Agrément Canada en octobre 2008, le CSSSK avait obtenu une accréditation conditionnelle. Le processus d'agrément stipule qu'Agrément Canada rend visite à chaque établissement tous les trois ans afin d'évaluer la qualité et l'état des pratiques organisationnelles, le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska (CSSSK) a donc été visité dans la semaine du 16 au 21 octobre 2011 et a obtenu l'agrément avec condition. En vue de cette visite, le CSSSK a défini un plan d'action visant l'obtention de son accréditation. Celui-ci comporte plusieurs étapes et actions à orchestrer et à mettre en place avec la collaboration précieuse de l'équipe de gestionnaires et de plusieurs employés.

Voici quelques actions dans le cadre du programme d'amélioration continue et intégrée de la qualité :

- Constitution des équipes-qualité dans chacun des programmes ou services;
    - Ces équipes ont pour mandat de définir entre autres des objectifs, des cibles et des indicateurs de mesure de résultats. Les plans d'action en matière de qualité seront rédigés et adoptés par chacun des directeurs et la mise en commun des plans de chaque direction sera faite afin de s'assurer de la cohérence et de l'impact des mesures choisies.
- Sondage d'auto-évaluation sur l'efficacité organisationnelle à compléter par les gestionnaires;
- Sondage sur la culture de qualité et de sécurité à compléter par les employés (en cours);
- Sondage d'auto-évaluation sur la norme de gouvernance à compléter par les administrateurs;
- Définition des cibles et des actions découlant du résultat des différents sondages;
- Mise en place de mesures visant l'atteinte des normes de qualité;
- Préparation de la visite du Conseil québécois d'agrément en CHSLD;
- Communications au personnel;
- Révision des derniers détails entourant la visite d'Agrément Canada.

Aussi, lors de chacune des rencontres mensuelles des gestionnaires, la conseillère à la qualité et au développement, s'assure de l'évolution de la démarche. Elle supporte également les gestionnaires dans les changements à mettre en place. L'équipe de direction suit attentivement les travaux et préparatifs entourant la prochaine visite. Un merci particulier à M^{mes} Colombe Pelletier, Annie Chamberland et Julie Chénard pour leur support tout au long du processus.

De plus, le comité de vigilance et de la qualité reçoit, de manière statutaire, les documents afférents à ce dossier (tableau de bord, rapports des divers sondages, étapes à franchir, etc.). Plus spécifiquement, la norme de qualité touchant la gouvernance est traitée au comité de vigilance.

Également, dans le but d'évaluer le niveau de satisfaction de la clientèle à l'égard de nos services, la culture de sécurité dans notre établissement et la mobilisation du personnel du CSSSK, des sondages ont été réalisés en 2010. Ces derniers sont utiles à la détermination de cibles en matière d'amélioration continue et intégrée de la qualité et de la sécurité des soins et des services. L'information à cet égard a circulé dans les journaux et à la radio afin de préparer la population.

Le sondage « Pulse », portant sur la qualité de vie au travail, a été complété par 257 personnes en septembre 2011, et ce, dans les différents secteurs d'activités de notre organisation. Ce sondage a pour but de faire le suivi d'indicateurs clés de la qualité de vie au travail et permet ainsi de cerner les points forts et les lacunes présentes dans le travail. En tout, 21 éléments permettent d'évaluer les points suivants : le milieu de travail, les résultats individuels en matière de qualité de vie au travail et enfin, le rendement de l'organisme. Parmi les points forts de notre organisation, mentionnons le taux élevé de présence au travail malgré une maladie ou une blessure, l'environnement de travail sécuritaire et la satisfaction des employés du contrôle exercé sur les activités de travail. Enfin, parmi les améliorations à apporter, soulignons le stress au travail, la communication dans l'organisme et avoir suffisamment de temps pour faire son travail.

De plus, des règlements, politiques et procédures ont été révisés ou créés par les différentes directions et adoptés par le conseil d'administration.

D'autres informations concernant les suites apportées aux recommandations faites par l'organisme d'agrément sont aussi présentées à l'intérieur des rapports annuels des différentes directions et des différents conseils ou comités.

4.4.3 RELATIVEMENT À L'EXAMEN DES PLAINTES ET À LA PROMOTION DES DROITS

En vertu de l'article 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil d'administration doit tenir une séance publique d'information à laquelle est invitée à participer la population. Lors de cette séance, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services fait une présentation de son rôle et répond aux questions du public. Aussi, lors de cette séance, des copies du rapport annuel de l'établissement sont disponibles. De plus, des affiches relativement à l'examen des plaintes et à la promotion des droits sont clairement identifiées sur les murs des différentes installations du CSSSK et des dépliants sont disponibles à la réception des installations.

Le rapport annuel de gestion de l'établissement est aussi disponible en version électronique. La population peut se le procurer en communiquant avec M^me^ Lucie Bérubé à la direction générale au 418 856-7000, poste 3229.

5. PRÉSENTATION DES RAPPORTS ANNUELS DES DIFFÉRENTS CONSEILS OU COMITÉS DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

5.1 RAPPORT ANNUEL ET PLAN D'ACTION DU COMITÉ DES USAGERS ET DES COMITÉS DE RÉSIDENTS

MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le comité des usagers du CSSS de Kamouraska a tenté au long de l'année 2011-2012 de prendre sa place dans l'organisation, tout en représentant au mieux de ses capacités et de ses disponibilités les usagers du CSSS.

Certains objectifs ont été atteints, quelques activités ont été réalisées. Mais, il reste beaucoup à faire. Pour faire plus, le comité aurait besoin de pouvoir compter sur une certaine stabilité de ses membres, afin de ne pas recommencer constamment l'information quant aux différents dossiers traités.

De plus, le travail d'équipe des membres venant de divers horizons avec des préoccupations et des motivations différentes n'est pas toujours simple. Bien que la promotion et la défense des droits et des intérêts collectifs ou individuels des usagers fassent l'unanimité au sein des membres du comité, il arrive que des divergences importantes d'opinions quant à la façon de faire cette promotion ou de mener cette défense compliquent le travail du comité.

Toutefois, comme présidente, je me dois d'affirmer clairement que je crois que pour servir au mieux les intérêts des usagers que nous représentons, le comité des usagers a tout à gagner en tentant de travailler en collaboration avec le CSSS et son conseil d'administration.

Marie-André Lévesque

Marie-André Lévesque, Présidente
Comité des usagers du CSSSK

COMPOSITION DU COMITÉ DES USAGERS
CSSS DU KAMOURASKA
2011-2012

M^me^ Marie-André Lévesque Élue le 13 juin 2011 Élue présidente 5 juillet 2011	Présidente Saint-Pacôme	population
M^me^ Sylvie Gagnon Élue le 30 septembre 2009 Élue vice-présidente 5 juillet 2011	Vice-présidente	population La Pocatière
M^me^ Marie-Hélène Lavoie Élue le 8 juin 2010 Élue secrétaire-trésorière le 5 juillet 2011	Secrétaire-trésorière	population représente Comité des résidents Centre D'Anjou
M^me^ Monique Potvin Élue le 30 septembre 2009		population Saint-Germain
M^me^ Berthe Dionne Élue le 30 septembre 2009		présidente Comité des résidents Centre Thérèse-Martin
M^me^ Francine Desjardins Élue le 15 septembre 2010 A démissionné le 26 octobre 2011		population Saint-Philippe-de-Néri
M. Lauréat Jean Élu le 30 septembre 2009 A démissionné le 22 novembre 2011		population Mont Carmel
M^me^ Christiane Lévesque Élue le 13 juin 2011		population Saint-Onésime
M. Jacques Grandmaison Élu le 13 juin 2011		population La Pocatière
M^me^ Aline Chouinard Nommée le 31 août 2011		présidente Comité des résidents Centre Villa Maria
M^me^ Sylvie Beaulieu Nommée le 8 février 2012		représente les usagers ressources intermédiaires Saint-Pascal

- M^me^ Monique Potvin et M^me^ Aline Chouinard, membres du Conseil d'administration du CSSSK
- M Jacques Grandmaison, membre du comité de gestion des risques
- M^me^ Monique Potvin, membre du comité de vigilance
- M^me^ Lise Viens, agente de liaison du comité des usagers CSSSK et membre du comité de gestion des risques, représente le comité au regroupement provincial des comités des usagers

COMPOSITION DES COMITÉS DES RÉSIDENTS
CENTRE VILLA MARIA

M^me^ Aline Chouinard	Présidente	proche aidante
M^me^ Angèle Harton		résidente
M. Georges Chouinard		proche aidant
M^me^ Gisèle Lapointe		proche aidante
M^me^ Jacqueline Ouellet		résidente
M. Réal Pelletier		proche aidant

CENTRE D'ANJOU

M. Marc Bourdeau	Président	résident
M^me^ Monique Pelletier		proche aidante
M^me^ Francine Lavoie		résidente
M^me^ Justine Caron		proche aidante
M^me^ Aline Deschênes		résidente
M^me^ Marie-Hélène Lavoie		proche aidante
M^me^ Marie-Andrée Lévesque		proche aidante
M^me^ Francine Fortin		résidente, décédée à l'été 2011

CENTRE THÉRÈSE-MARTIN

M^me^ Berthe Dionne	Présidente	proche aidante
M^me^ France Gagné		résidente
M^me^ Lyne Paradis		résidente

OBJECTIFS 2011-2012

Objectifs :

Les objectifs du comité des usagers et des comités des résidents sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Distinguer les responsabilités du comité des usagers et des comités des résidents et définir le rôle de chacun dans le comité des usagers et dans les comités des résidents.
- Visiter les ressources intermédiaires avec la commissaire aux plaintes.
- Inscrire de l'information sur le site web du comité des usagers.
- Présence dans le journal du CSSSK.
- Présence dans le journal local Le Placoteux : articles sur le rôle du comité des usagers et des comités des résidents et l'information aux usagers sur leurs droits et leurs responsabilités.
- Présence dans le journal de chaque municipalité.
- Accueil de nouveaux résidents/pochette d'accueil.
- Rédiger un document énonçant clairement le mandat du comité des résidents et ses responsabilités à être remis aux familles.
- Tenir une assemblée générale au mois de juin 2012.
- Offrir un calendrier pour 2012 aux résidents.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents :

- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents.
- Implication dans divers comités : Conseil d'administration du CSSS, comité de gestion des risques, comité de vigilance, Conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents :

- Faire un sondage pour déterminer le niveau de satisfaction des usagers et des résidents du CSSSK.
- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Activités de représentation :

- Faire un minimum de 8 réunions du comité des usagers du CSSSK et 4 réunions des comités des résidents dans l'année.
- Organiser des activités promotionnelles.
- Assister à la formation et participer aux sessions d'information de différents organismes tels que : Conseil pour la protection des malades, Regroupement provincial des comités des usagers, Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du comité des usagers du CSSSK et des comités des résidents des CHSLD.

RAPPORT D'ACTIVITÉS
2011-2012

Le comité des usagers a tenu 10 réunions en 2011-2012 :

28 avril 2011	5 juillet 2011	8 février 2012
26 mai 2011	31 août 2011	21 mars 2012
1er juin 2011	26 octobre 2011	
13 juin 2011	9 décembre 2011	

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Le rapport d'activités 2010-11 a été déposé lors de l'assemblée générale le 13 juin 2011.
- Le site web du comité a été conçu.
- Un logo a été développé ainsi qu'un slogan.
- Le calendrier 2012 a été distribué aux résidents des CHSLD.
- Des babillards ont été installés dans les CHSLD.
- Le 26 mai, M. André Patry est venu nous aider à distinguer les responsabilités du comité des usagers et des comités des résidents et définir le rôle de chacun dans le comité des usagers et dans les comités des résidents.
- Le 29 septembre 2011 a eu lieu le Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent à La Pocatière. Le comité des usagers du CSSSK a organisé cet évènement qui regroupait les comités des usagers de Rivière-du-Loup, Rimouski, Matane, Gaspé, Témiscouata, Mitis, les Basques et une

représentante du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes du Bas-Saint-Laurent. Environ 35 personnes ont participé à cette journée.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et des résidents :

- Une conférence sur le deuil chez les enfants par M^me^ Josée Masson, en collaboration avec le CSSSK a été offerte à la population (salle André-Gagnon, en octobre 2011).
- Deux membres ont assisté au conseil d'administration du CSSS de Kamouraska, deux membres au comité de gestion des risques, un membre au comité de vigilance et un membre au conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers.
- Des membres du comité des usagers ont participé aux fêtes de Noël des CHSLD pour parler du comité des usagers aux familles présentes.

Mieux se renseigner sur l'approche de maintien au domicile

- À la réunion du 8 février 2012, M^me^ Mireille Drapeau, chef de service du soutien à domicile et M. Frédéric Gagnon, directeur de programmes de la qualité et du développement, sont venus donner un exposé à ce sujet.
- Deux membres du comité des usagers ont assisté à la conférence de presse en janvier 2012 sur le lancement du comité des proches aidants.
- L'agente de liaison du comité des usagers a représenté le comité lors d'une réunion du comité des proches aidants.

Accompagner et assister les usagers ou les résidents sur demande.

- Deux demandes d'intervention ont été traitées pendant la période. Une a été réglée et l'autre est en processus.
- En janvier 2012, une lettre a été envoyée à M. Gilles Tremblay, directeur général du CSSSK par intérim, pour lui faire part de nos préoccupations au sujet des rampes d'accès au Centre D'Anjou et lui demander que des correctifs soient apportés.
- En janvier 2012, une lettre a été adressée à M. Frédéric Gagnon, directeur des programmes de la qualité et du développement, pour prendre connaissance des données consignées au registre local des accidents/incidents du CSSSK.

Faire du recrutement auprès des familles des résidents et des usagers pour augmenter le nombre de membres dans les différents comités.

- Lors des réunions des différents comités des résidents, nous avons rappelé aux gens la nécessité d'avoir de la relève.
- Le recrutement de quatre nouveaux membres au comité des résidents du CHSLD Villa Maria.
- Le recrutement de deux nouveaux membres au comité des résidents du Centre D'Anjou.
- Le recrutement d'un nouveau membre au comité des usagers pour représenter les ressources intermédiaires.

Intensifier la promotion et les services offerts aux familles dont un des leurs a un problème de santé mentale.

- Recherche continue pour trouver les moyens d'aider ces familles.

ACTIVITÉS DE REPRÉSENTATION :

- M^mes^ Monique Potvin et Aline Chouinard ont siégé au sein du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska.
- M^me^ Lise Viens et M. Jacques Grandmaison ont siégé au sein du comité de gestion de risques du CSSSK.
- M^me^ Monique Potvin a siégé au sein du comité de vigilance et de la qualité.
- M^me^ Lise Viens a représenté le comité des usagers au Congrès du regroupement provincial des comités des usagers en octobre 2011
- M^mes^ M.A. Lévesque et M.H. Lavoie ont assisté au Colloque sur la connaissance et le respect des droits des ainés en résidences d'hébergement du Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes du Bas-Saint-Laurent le 20 octobre 2011 à Rimouski.
- M^mes^ Lise Viens a représenté le Comité des usagers au Colloque du Conseil de protection des malades au mois de juin 2011.
- À trois occasions, M^me^ Lise Viens a représenté le comité des usagers au Conseil d'administration du regroupement provincial des comités des usagers.

ACTIVITÉS PROMOTIONNELLES :

- Cartes de Noël offertes aux résidents.
- Calendriers offerts aux résidents.

DÉFENSE DES DROITS ET DES INTÉRÊTS COLLECTIFS :

- Formation d'un nouveau comité en juillet 2011, élection des officiers/officières et la signature du serment de confidentialité par les nouveaux membres.

RAPPORTS D'ACTIVITÉS 2011-2012
COMITÉS DES RÉSIDENTS

Centre Villa Maria

- Le 7 juillet 2011 : M^me^ Aline Chouinard est nommée présidente en remplacement de M^me^ Brigitte Pouliot. Il y a discussion sur le transport adapté.
- Le 19 septembre 2011 : un tableau d'affichage a été installé pour le comité. Remerciement à M^me^ Guylaine Fraser pour son apport artistique. Deux membres ont été remplacés.
- Le 6 décembre 2011 : le comité a décidé de s'impliquer lors des prochains dîners de Noël en présentant le comité des résidents et en expliquant le but et les objectifs pour eux.
- Le 22 février 2012 : il y a discussion sur le format du calendrier à offrir aux résidents et le nouveau comité des proches aidants.
- Le 3 avril 2012 : certains points sont à discuter avec M^me^ Suzanne Fortin, la nouvelle coordonnatrice.

Aline Chouinard
Présidente

Centre Thérèse-Martin

Depuis près d'un an, les membres sont en réflexion sur les actions qui peuvent être prises pour promouvoir le comité auprès de leurs résidents afin de recruter de nouveaux membres. Entre-temps, la présidente contribue aux activités du centre et elle est interpellée pour représenter les résidents lors de certaines discussions.

Berthe Dionne
Présidente

Centre D'Anjou

Le comité a repris l'habitude de faire des réunions régulières à partir de mai 2011. Les membres se sont réunis 7 fois pendant l'année. Chaque réunion a été l'occasion de partager ses expériences positives et négatives, de poser ses questions (couverture d'assurance, dons au Centre D'Anjou, pente de la rampe d'accès à la terrasse du côté est qui n'est pas conforme, etc.) de faire part de ses craintes au sujet de plusieurs aspects de la vie au Centre D'Anjou : le manque de personnel à certaines heures et ses impacts; le réaménagement de l'horaire des préposés; l'insatisfaction de plusieurs au sujet de la nourriture; la satisfaction au sujet de la quantité et de la variété des activités offertes aux résidents, etc.

Le 13 mars, le comité a invité M^{me} Nicole Morneau, responsable du service alimentaire, à venir expliquer les menus et répondre aux questions du comité.

M^{me} Guylaine Ouellet, chef de service d'hébergement au Centre D'Anjou et au Centre Thérèse-Martin, a participé aux 3 dernières réunions. Elle a fourni de l'information sur certains changements dans l'organisation du travail et sur divers sujets (dîners par groupe de 5 résidents avec l'éducatrice spécialisée, aménagement d'une chambre de fin de vie au premier étage, aménagement de la nouvelle terrasse à l'ouest, etc.) Elle a également informé les membres qu'elle a organisé une rencontre avec le technicien, les préposés et une résidente du secteur afin d'essayer de régler le problème de la température changeante de l'eau dans la salle de bain de 2^{e} ouest lors de l'utilisation de la douchette. L'équipement actuel doit être changé en 2013.

Un babillard a été installé dans le centre pour le comité des résidents afin de pouvoir afficher diverses informations relatives à ses activités.

Marc Bourdeau
Président

PLAN D'ACTION DU COMITÉ DES USAGERS DU CSSSK ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT POUR 2012-2013

Objectifs :

Les objectifs du comité des usagers et des comités des résidents sont établis en vertu des fonctions précisées par la Loi soit :

Renseigner les usagers et les résidents sur leurs droits et obligations :

- Visiter les ressources intermédiaires avec la commissaire aux plaintes.
- Maintenir à jour l'information sur le site web du comité des usagers.
- Présence dans le journal du CSSSK.
- Présence dans le journal local Le Placoteux : articles sur le rôle du comité des usagers et des comités des résidents et l'information aux usagers sur leurs droits et leurs responsabilités.
- Accueil de nouveaux résidents/pochette d'accueil.

- Rédiger un document énonçant clairement le mandat du comité des résidents et ses responsabilités – à être remis aux familles.
- Tenir une assemblée générale au mois de juin 2013.
- Offrir un calendrier pour 2013 aux résidents.
- Développer de nouveaux dépliants pour le comité des usagers et les comités des résidents ainsi que des affiches.

Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents :

- Offrir des conférences sur différents sujets touchant les usagers et/ou résidents.
- Implication dans divers comités tels : Conseil d'administration du CSSS, comité de gestion des risques, comité de vigilance, conseil d'administration du Regroupement provincial des comités des usagers. Implication également dans le comité des proches aidants.

Défendre les droits et les intérêts collectifs ou individuels des usagers et des résidents :

- Faire un suivi sur le dossier des soins palliatifs et le maintien à domicile.
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un résident.

Activités de représentation :

- Faire un minimum de 8 réunions du comité des usagers du CSSSK et 4 réunions des comités des résidents dans l'année.
- Organiser des activités promotionnelles.
- Assister à la formation et participer aux sessions d'information de différents organismes tel que : Conseil de protection des malades, Regroupement provincial des comités des usagers Regroupement des comités des usagers du Bas-Saint-Laurent et toute autre formation connexe avec le mandat du comité des usagers du CSSSK et des comités de résidents des CHSLD.

D'autres activités pourront être organisées à la demande des usagers ou par décision du comité des usagers au besoin.

RAPPORT FINANCIER DU BUDGET 2011-2012
COMPTE AU CSSSK

Revenus :

Subvention pour l'année 2011-2012 :	18 042,00
Excédent pour l'année 2011-2012 :	8 790,00
Budget pour l'année 2011-2012 :	26 831,00

Dépenses :

Adhésion au RPCU	450,00
Frais de déplacements	2 123,08
Impression et papeterie	2 124,37
Publicité	310,37
Conférence sur le deuil chez les enfants	676,05
Honoraires	9 297,00

Frais d'inscriptions RPCU/CAAP/colloque CPM	305,69
Divers	1 447,55
Site Web	1 800,00
Total des dépenses pour l'année 2011-2012 :	18 522,11
Excédent pour l'année 2011-2012 :	8 308,89

COMPTE EN BANQUE

Balance au 31 mars 2011 :	38 476,68
Frais d'utilisation	9,90
Commandite Club Lion	75,00
Colloque CPM (Lise Viens)	430,04
Ristourne et virement	6,05
Balance au 29 juin 2011 (transféré au compte au CSSSK)	37 967,79
Achats faits avec les surplus :	
Centre de jour	4 741,74
SAD	13 675,66
CHSLD	18 518,48
Total :	36 935,88
Balance incluse dans l'excédent de 2010-2011	1 031,91

PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES POUR 2012-2013

Revenus :	
Subvention pour l'année 2012-2013 :	18 842,00
Excédent pour l'année 2011-2012	8 309,00
Budget pour l'année 2012-2013 :	27 151,00
Dépenses :	
Frais d'inscription aux Colloques CPM/RPCU	450,00
Dépenses diverses	1 500,00
Frais de déplacements/réunions	3 100,00
Honoraires	9 300,00
Imprimerie Calendriers/promotion	2 000,00
Site Web	400,00
Adhésions au RPCU	450,00
Publicité	1 350,00
Dépenses pour l'année 2012-2013 :	18 550,00

5.2 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Il est important, tout d'abord, de rappeler que ce comité a la responsabilité d'assurer le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités en lien avec la qualité des services.

Ce comité est formé de cinq membres, dont trois sont désignés par le conseil d'administration. Cette année, il s'agissait de :

- Madame Ghislaine Milliard-Lavoie
- Monsieur Norbert Dumont (avril à juin 2011)
- Madame Denise Grenier
- Madame Monique Potvin (en remplacement de monsieur Dumont, depuis novembre 2011)

ainsi que :

- Madame Alice Bélanger, commissaire locale aux plaintes et à la qualité de services
- Monsieur Michel Beaulieu, directeur général (avril à décembre 2011)
- Monsieur Gilles Tremblay, directeur général par intérim (depuis janvier 2012)

Les personnes suivantes ont également assisté aux rencontres :

- Monsieur Frédéric Gagnon, directeur de programmes, de la qualité et du développement
- Monsieur Jean Desjardins, président du conseil d'administration
- Madame Julie Chénard, agente administrative

Au cours de la présente année, six (6) réunions régulières ont été tenues. Les rapports respectifs de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, de même que ceux du comité de gestion des risques ont été présentés à chacune de ces rencontres.

Les sujets suivants ont aussi été au cœur des discussions du comité :

- La préparation de la visite d'agrément d'octobre 2011 et le suivi des mesures mises en place;
- Les résultats du rapport de la visite ministérielle au Centre d'hébergement Villa Maria;
- Résultats des audits au triage à l'urgence
- Suivi du plan d'action du CECII portant sur les recommandations de l'OIIQ;
- L'adoption des plans d'action portant sur les normes d'agrément « Gouvernance durable » et « Efficacité organisationnelle ».

Parmi ces dossiers, il va s'en dire que la préparation de la visite d'agrément et le suivi des recommandations ont été les points forts de l'année 2011-2012.

En 2012-2013, le comité s'intéressera au suivi du plan d'amélioration de la qualité en accueillant régulièrement les résultats et les réalisations en lien avec ce programme.

En terminant, je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble des membres qui ont participé aux rencontres de ce comité en 2011-2012. Leur contribution est essentielle dans l'amélioration des services offerts à notre population.

Ghislaine Milliard-Lavoie

Madame Ghislaine Milliard-Lavoie
Présidente du comité de vigilance et de la qualité

5.3 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE RÉVISION

Conformément aux dispositions de la Loi, l'Établissement doit former un comité de révision. Celui-ci est composé de trois (3) membres nommés par le conseil d'administration. Le président du comité est nommé parmi les membres élus ou cooptés du conseil d'administration et les deux (2) autres membres sont nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'Établissement. La durée du mandat est fixée à un (1) an.

Le comité de révision a pour fonction de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte de l'usager par le médecin examinateur, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte. À cet effet, il doit prendre connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assurer que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, avec diligence et équité, et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles.

Au terme de sa révision, le comité doit, dans les 60 jours de la réception d'une demande de révision, communiquer par écrit un avis motivé à l'usager, au professionnel concerné, au médecin examinateur et au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'établissement concerné.

Situation 2011-2012

Les membres du comité de révision sont D[r] Denis Pelletier, D[re] Marianne Drolet et madame Ghislaine Milliard-Lavoie.

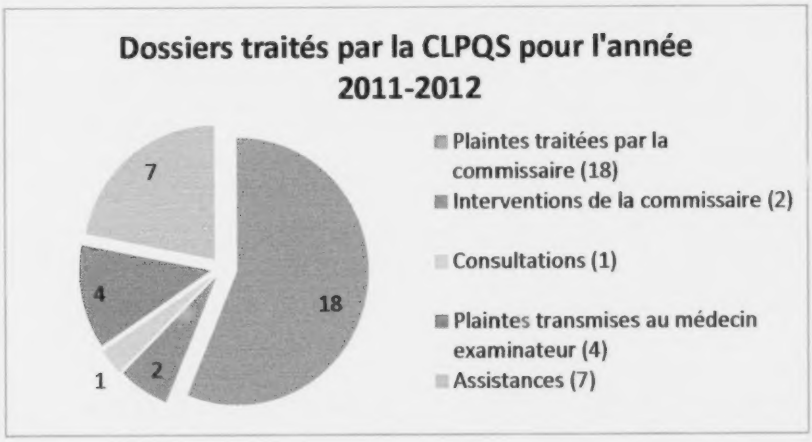
Au cours de l'année 2011-2012, aucune plainte n'a été soumise au comité de révision.

Ghislaine Milliard-Lavoie
Présidente du comité de révision

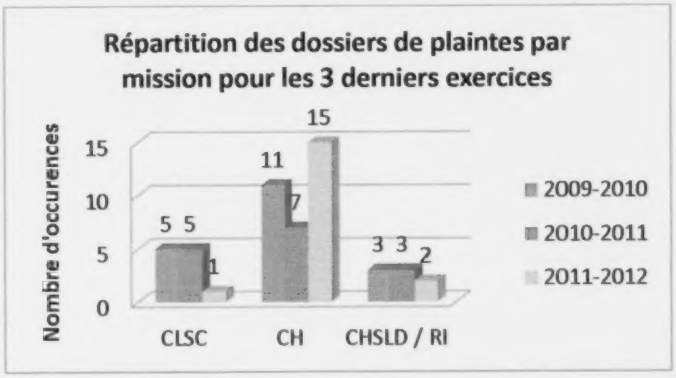
5.4 RAPPORT ANNUEL DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

La commissaire occupe une fonction exclusive au sein de l'établissement et elle relève du conseil d'administration, à raison de 14 heures par semaine. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services. L'année 2011-2012 a été marquée par l'absence de la commissaire pour un congé parental entre le début de mars et le début octobre. La commissaire a malgré tout effectué un suivi des plaintes à partir de la maison afin d'assurer le service aux usagers. Par contre, ce contexte a évidemment affecté le délai de traitement des dossiers de façon importante. La commissaire tient à remercier les usagers concernés pour leur grande compréhension à cet égard.

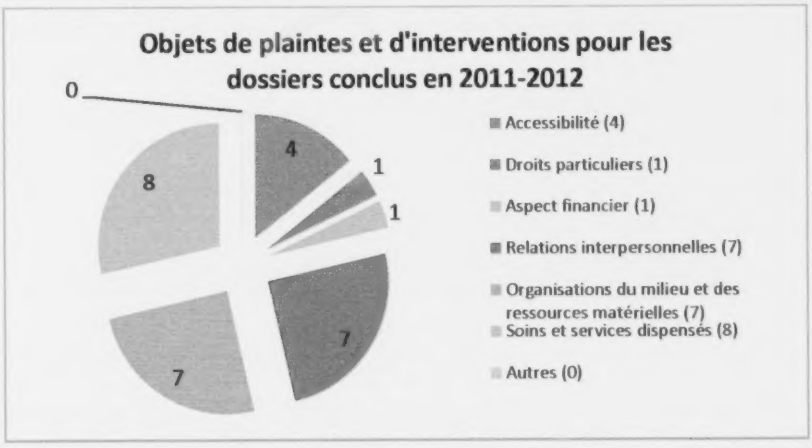
Pour l'exercice 2011-2012, l'Établissement a reçu 22 plaintes dont 4 ont été transmises au médecin examinateur, comparativement à 16 dossiers en 2010-2011. Au 31 mars 2012, 5 dossiers étaient encore en examen par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et 3 par le médecin examinateur. Aucun dossier n'a fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cadre de son mandat, la commissaire est intervenue à 2 reprises via son pouvoir d'intervention et elle a également traité 7 dossiers d'assistance et 1 dossier de consultation.



La provenance des dossiers est répartie entre les 3 missions du CSSSK de la façon suivante :



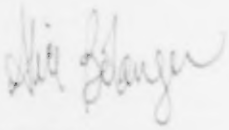
Cette année, 28 objets de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'année, en lien avec les catégories ci-dessous :



À noter que 16 de ces objets ont entraîné une recommandation de la commissaire. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans 2 cas (10 %), contre 14 objets (90 %) ayant une portée systémique. Il est donc important de souligner que la plainte qui a généré une mesure corrective permet, dans plus de 9 cas sur 10, d'apporter des correctifs qui augmenteront la qualité des soins et services offerts à l'ensemble des usagers. Les recommandations ont notamment touché les aspects suivants : l'adaptation des soins et des services (ajout de ressources, amélioration des communications, information et sensibilisation des intervenants), l'adaptation du milieu et de l'environnement (ajustement technique et matériel), adoption ou révision de règles et procédures, communication et promotion, formation et supervision du personnel.

En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci a été nettement affecté par l'absence de la commissaire. En effet, seulement 20 % des dossiers de plaintes ont été examinés à l'intérieur du délai maximum de 45 jours prévu par la loi. Toutefois, cette situation ne nous paraît pas inquiétante puisqu'elle résultait d'un événement unique et non récurrent. Par contre, les délais encourus pour l'obtention de certaines informations auprès de gestionnaires a aussi contribué à augmenter les délais de traitement de certains dossiers. Cette problématique a toutefois été discutée en cours d'année, lors de rencontres de gestionnaires, et du progrès a été constaté depuis, mais il y a encore place à une amélioration du suivi des dossiers et des recommandations.

Dans le cadre de ses autres fonctions, la commissaire a également participé aux activités suivantes : la révision du code d'éthique de l'Établissement, 2 séances du conseil d'administration et la rencontre publique d'information, 5 rencontres du comité de vigilance, 2 rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas St-Laurent, une formation sur le pouvoir d'intervention du commissaire et une formation sur l'indépendance du processus de plainte et les protections accordées, 2 rencontres de travail dans le cadre des demandes ministérielles d'optimisation ainsi que diverses activités de promotion des droits des usagers en collaboration avec les autres commissaires locaux.



Alice Bélanger
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

5.5 RAPPORT ANNUEL DU MÉDECIN EXAMINATEUR

Le médecin examinateur traite les plaintes qui concernent les médecins, dentistes ou pharmaciens membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement. Le présent rapport s'intéresse aux trois plaintes traitées par le médecin examinateur pour la période du 1er avril 2011 au 31 mars 2012.

Sommaire des plaintes pour l'année 2011-2012

Numéro	Date réception	Objet de la plainte	Observations du médecin examinateur	Commentaires
11-12 MD CH-09	7 novembre 2011 avec ajout de questions du plaignant le 11 avril 2012	Manque d'exhaustivité dans les soins administrés à une personne âgée en fin de vie. Le plaignant semble convaincu que les médecins reçoivent une consigne de l'administration de limiter les traitements pour des raisons financières.	Les interventions faites par les médecins ont été conformes aux bonnes pratiques médicales. Plusieurs rencontres ont été tenues entre les médecins et les membres de la famille pour expliquer la situation en cours de traitement. Certains membres de la famille avaient de la difficulté à reconnaître la gravité de la situation.	Réponse écrite faite. Rencontre des médecins concernés et contacts téléphoniques avec le plaignant. Une proposition de rencontre en personne a été déclinée par le plaignant.

Numéro	Date réception	Objet de la plainte	Observations du médecin examinateur	Commentaires
11-12 MD CH-12	18 janvier 2012	Aucune analgésie lors d'un examen que le plaignant a trouvé douloureux.	Il s'agit d'un examen où les médecins n'utilisent pas systématiquement une sédation; il est même courant de le faire sans sédation. La sédation présente d'ailleurs certains risques. Une meilleure communication entre le plaignant et le médecin aurait pu amener le médecin à offrir une sédation ou à faire accepter au plaignant l'examen sans sédation.	Réponse écrite faite. Vérification des procédures de cet examen à l'hôpital de La Pocatière et ailleurs. Contacts téléphoniques avec le plaignant et avec le médecin.
11-12 MD CH-16	20 mars 2012	Erreur d'interprétation d'un examen.	Le médecin a effectivement fait une mauvaise interprétation, ce qu'il reconnaît d'ailleurs. Il s'agit toutefois d'un problème très rare pour lequel les principales études démontrent un taux d'erreurs de 30 à 50 %. .	Rencontre avec le médecin. Contact téléphonique avec le plaignant. Documentation des erreurs de lecture dans des cas semblables. Contact téléphonique avec le plaignant. Avant de conclure, je demanderai l'avis d'un expert en la matière.

Richard Boudreau
Médecin examinateur

5.6 RAPPORT ANNUEL ET PLAN D'ACTION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

La raison d'être du comité de gestion des risques est de rechercher, développer et promouvoir des moyens en vue d'assurer la sécurité des usagers. En regard de ces mandats, le comité de gestion des risques s'est réuni à six (6) reprises durant l'année financière 2011-2012 et a accueilli un nouveau membre en provenance de la Direction des ressources financières, techniques et informationnelles de notre CSSS. Les membres qui en font partie sont :

Madame Annie Chamberland, gestionnaire de risques
Monsieur Denis Pelletier, représentant du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Madame Doris Brassard, représentante du Conseil des infirmiers et infirmières
Madame Louise East, représentante du Conseil multidisciplinaire
Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
Madame Lise Viens, agente de liaison, Comité des usagers
Madame Céline Rousseau, représentante des personnes liées par contrat

Monsieur Luc Adam, directeur des ressources financières, techniques et informationnelles
Monsieur Gilles Tremblay, directeur général par intérim (janvier 2012 à mars 2012)
Monsieur Frédéric Gagnon, directeur de programmes, de la qualité et du développement
Monsieur Jacques Grandmaison, représentant du comité des usagers (septembre 2011 et démission en mars 2012)
Monsieur Michel Beaulieu, directeur général (avril 2011 à décembre 2011)

REALISATION DES RECOMMANDATIONS

Une analyse régulière des rapports d'incidents et d'accidents a été réalisée et huit (8) événements sentinelles ont été analysés. Des recommandations ont été acheminées aux directions concernées, ainsi qu'au conseil d'administration, afin d'améliorer les services et d'augmenter le degré de sécurité lors de la prestation des soins et des services.

De ces recommandations, des actions ont été prises telles que :

- ✓ Audit sur l'application de la politique et de la procédure portant sur les travaux de construction.
- ✓ Différentes actions réalisées en prévention des infections :
  - Formation du coordonnateur des services techniques sur la norme CSA de la prévention des infections;
  - Embauche d'un responsable du suivi des mesures de prévention lors des travaux de construction;
  - Embauche d'un responsable de l'entretien en continu lors des projets de construction;
  - Acquisition d'une seconde machine de 600cfm et d'une 3e machine de 1800cfm pour créer la pression négative ainsi que d'un équipement de mesure de la pression négative.
- ✓ Les produits chimiques, potentiellement toxiques pour les usagers ont été sécurisés. À l'hôpital, tous les entrepôts ont été identifiés et des serrures ont été installées à chaque endroit, tandis que dans les trois centres d'hébergement, des travaux ont été réalisés pour installer des armoires barrées pour ranger les produits dangereux. Un rappel a également été fait aux employés.
- ✓ Poursuite de la mise à jour du plan des mesures d'urgence ; les activités de formation et de simulation portent sur la sécurité des incendies pour le personnel du CH et des CHSLD.
- ✓ Durant la période estivale, les secrétaires médicales en CLSC ont classé les documents cliniques selon le système de classification du nouveau DCN.
- ✓ Poursuite des démarches pour l'implantation et le déploiement du DCN prévu à l'été 2012.
- ✓ Une méthode de soins sur la « mise en place d'une voie intra-osseuse » ainsi que différents outils ont été élaborés et présentés aux équipes.
- ✓ L'élaboration d'une politique et d'une procédure sur le transfert de renseignements d'un service à un autre est en cours.

REALISATION DU PLAN D'ACTION 2011-2012

Priorité « Former le personnel et les médecins sur la politique de divulgation du CSSSK »

- ✓ Formation pour les médecins et les professionnels visés par la divulgation réalisée en mai 2011.

Priorité « Poursuivre la sensibilisation du personnel et des gestionnaires concernant le rôle du comité de gestion des risques :

- ✓ Une chronique portant sur les réalisations du comité de gestion des risques est alimentée à chaque parution du journal interne.

Priorité « Poursuivre les rencontres d'information et de sensibilisation du personnel et des ressources intermédiaires concernant la déclaration d'incident/accident :

- ✓ Déclaration d'incident/accident : les équipes suivantes ont été rencontrées : employés et propriétaires des RI, intervenants SIPPA, soutien à domicile et centre de jour, équipe santé mentale, équipe -9 mois/5 ans

et 5 à 17 ans, équipe unité de jour, bloc opératoire et maladies chroniques, équipe service d'entretien, alimentaire et d'hôtellerie.

- ✓ Analyse détaillée : 15 gestionnaires ont été rencontrés en mars et 6 coordonnatrices de l'hôpital en mai.
- ✓ Divulgation : 15 gestionnaires, 6 coordonnatrices, 9 candidats étudiants profession soins infirmiers et externes, 20 ASI et 9 AIC ont été rencontrés.

Priorité « S'assurer du déploiement du programme de prévention des chutes et de sa consolidation dans le CSSSK »

- ✓ Des audits visant à poser un diagnostic du portrait actuel en CHSLD et au SAD ont été réalisés. Suite à la présentation des résultats obtenus aux gestionnaires et équipes concernés, le programme de prévention des chutes devra être ajusté avant son déploiement.

Priorité « Élaborer une politique sur la gestion des événements sentinelles »

- ✓ Le 15 avril 2011, la politique sur la gestion des événements sentinelles a été adoptée par le conseil d'administration du CSSSK.

Priorité « Faire connaître la politique sur la gestion des événements sentinelles »

- ✓ Présentation de la politique aux médecins (mai 2011).

STATISTIQUES

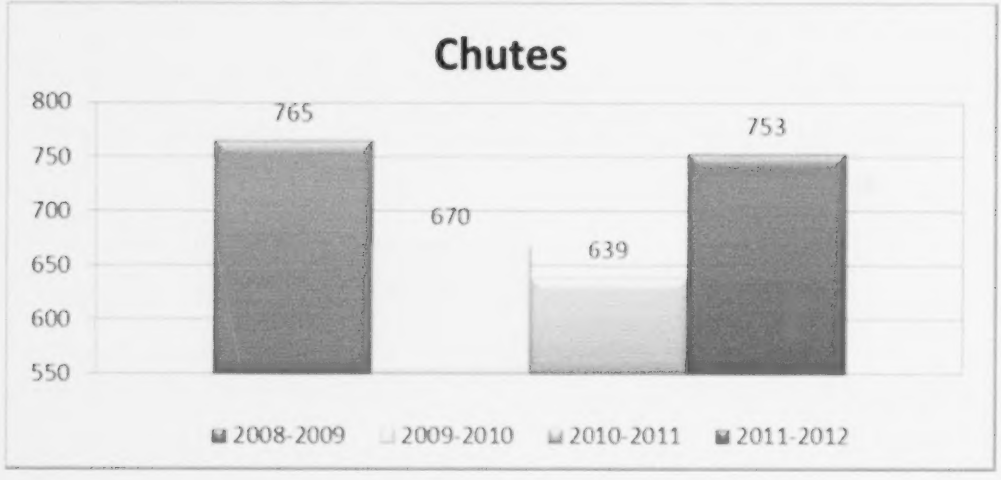
Il y a eu cette année, 1 493 incidents/accidents déclarés comparativement à 1 469 en 2010-2011; ce qui représente une hausse de 24 événements par rapport à l'année dernière.

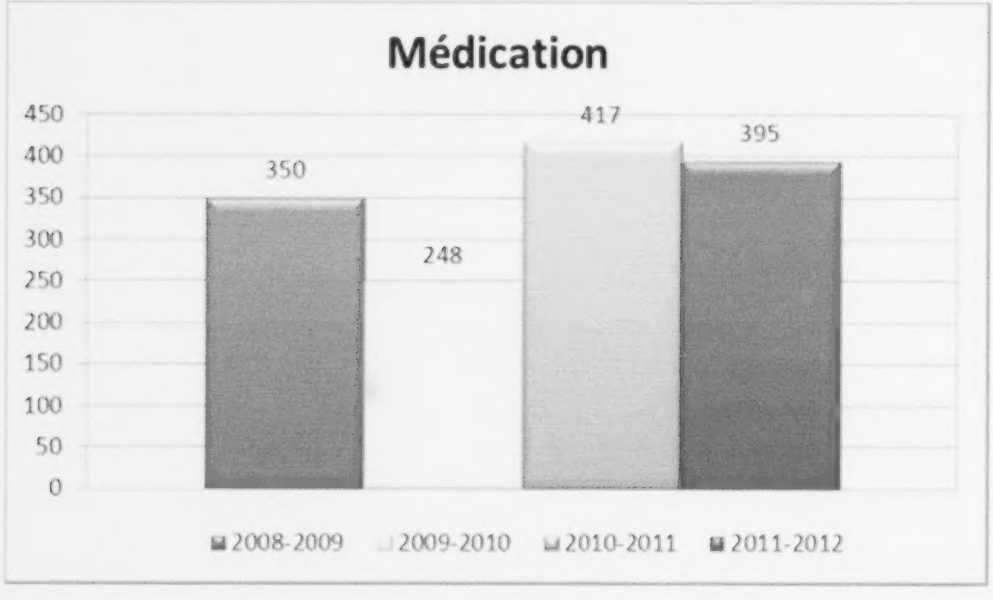
Pour l'année 2011-2012, les principaux événements pour l'ensemble de notre organisation sont les chutes et les erreurs de médicaments. Ceux-ci représentent respectivement 50,4 % et 26,5 % de toutes les situations déclarées comparativement à 43,5 % et 28,4 % pour l'année dernière.

Accidents/incidents par catégorie, par année financière

2008-2009 / 2009-2010 / 2010-2011 / 2011/2012

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Chutes	765	670	639	753
Médication	350	248	417	395
Traitement / Test diagnostique	76	71	96	93
Équipement / Matériel / Bâtiment / Effets personnels	43	39	28	80
Autres types d'évènements	138	106	289	172
Total:	1372	1134	1469	1493





CONCLUSION

Le comité de gestion des risques est conscient de l'importance du mandat qui lui est confié et s'investit dans la compréhension des enjeux organisationnels, tant en matière de gestion des risques que du développement d'une culture de la sécurité dans toutes les sphères d'activités de l'établissement.

PLAN D'ACTION

PRIORITÉS	ACTIVITÉS À RÉALISER	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE
Supporter le déploiement du programme de prévention des chutes	Participer au déploiement du programme	Automne-Hiver 2012-2013	Gestionnaire de risques Chef des services d'hébergement institutionnel Conseillère clinique
Maintenir et consolider la motivation à déclarer les incidents et accidents	Élaborer avec les gestionnaires, une stratégie de rétroaction du suivi des déclarations d'incidents/accidents réalisées par leurs équipes	Septembre 2012	Gestionnaire de risques Gestionnaires
	Lors des rencontres d'équipes, point portant sur la rétroaction d'incidents/accidents	Année 2012-2013	Gestionnaires et leurs équipes
	Alimenter le journal interne d'exemples de suivis suite à des déclarations d'incidents/accidents	En continu	Gestionnaire de risques
Rencontres d'information et de sensibilisation auprès du personnel du CH sur la déclaration d'incident/accident	Planifier et donner la formation	Novembre-Décembre 2012	Gestionnaire de risques
Assurer la mise à jour du tableau des mesures correctives à ce jour	Prendre chacune des mesures correctives et en faire la mise à jour	Juin-Juillet 2012	Gestionnaire de risques
	Réviser la procédure de suivi et de mise à jour des mesures correctives pour assurer l'application Présentation des tableaux de bord	Septembre 2012	Gestionnaire de risques Comité de gestion des risques
Planifier une journée « Sécurité au CSSSK » avec un thème spécifique	Préparation de la journée/"brainstorming" du thème et activité	Novembre 2012	Gestionnaire de risques Comité de gestion des risques
	Production de matériel promotionnel (affiches et napperons) pour chacune des installations	Janvier 2013	Gestionnaire de risques
	Diffusion du matériel promotionnel	Février 2013 (jour à déterminer)	Gestionnaire de risques
	Édition spéciale du journal	Février 2013 (jour à déterminer)	Gestionnaire de risques

PRIORITÉS	ACTIVITÉS À RÉALISER	ÉCHÉANCIER	RESPONSABLE
	Page d'accueil spéciale de l'intranet	Février 2013 (jour à déterminer)	Gestionnaire de risques
	Autre activité spéciale (à déterminer)	Février 2013	Gestionnaire de risques Comité gestion des risques
Poursuivre la sensibilisation auprès du personnel et des gestionnaires concernant le rôle du comité de gestion des risques	Alimenter le journal interne sur les réalisations du comité de gestion des risques	En continu	Gestionnaire de risques
	Participer aux différentes rencontres d'équipes et présenter : - les statistiques en lien avec le secteur d'activité; - les mesures mises en place suite à la déclaration (rétroaction); - souligner les « bons coups » de l'équipe.	En continu	Gestionnaire de risques

Annie Chamberland
Gestionnaire de risques

5.7 RAPPORT ANNUEL DU COMITÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Président : Docteur Gaétan Lévesque

Membres du comité :

Madame Doris Brassard, coordonnatrice d'activités
Madame Annie Chamberland, coordonnatrice à la qualité et au développement, par intérim
Madame Margo Cyr, assistante-chef biologie médicale
Madame Liliane Dubé, conseillère en prévention et contrôle des infections
Madame Annie Houde, pharmacienne
Madame Marie-Catherine Jeffrey, conseillère clinique CLSC-CHSLD
Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
Madame Nicole Morneau, chef des services alimentaires et d'hôtellerie
Madame Amélie Ouellet-Thériault, coordonnatrice de programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)
Madame Francine Tourangeau, microbiologiste
Monsieur Robert-Hugo Gendron, chirurgien
Monsieur Gaétan Lévesque, médecin responsable

Mandat

Le comité a pour mandat général de déterminer les objectifs du programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales et de déterminer les priorités d'action.

Réunions

Le comité de prévention s'est réuni à 4 reprises durant l'année 2011-2012.

En conformité avec le programme local de prévention et de contrôle des infections, les objectifs annuels 2011-2012 étaient :

a) Exercer une surveillance des infections nosocomiales
   - Surveillance de l'incidence du : SARM-ERV, *Clostridium difficile*, influenza, gastroentérite, bactériémies, infection des sites chirurgicaux et autres problèmes infectieux
   - Analyse des résultats de surveillance
   - Tableau de bord « Surveillance des infections »
   - Bilan de la surveillance des infections des sites chirurgicaux 2010-2011
   - Bilan « Éclosion de diarrhée à Clostridium difficile à l'unité multiclientèle »
   - Diffusion des taux d'infections au personnel et aux instances concernées
   - Effectuer la surveillance de processus permettant d'évaluer l'application ou le respect de certaines pratiques de prévention et contrôle des infections.
   - Campagne canadienne d'hygiène des mains : audits – formation.
   - Taux de vaccination antigrippale chez les travailleurs.
   - Administration des antibiotiques préopératoires en temps opportun.
   - Taux de contamination des hémocultures.
   - Application des mesures de dépistage SARM-ERV à l'admission.

b) Établir des politiques, procédures et mesures de soutien en prévention et contrôle des infections
   - Élaboration et diffusion d'une politique d'hygiène des mains.
   - Élaboration et diffusion d'une procédure : Application des précautions additionnelles pour les cas de pneumonie.
   - Révision et diffusion du questionnaire de dépistage SARM-ERV.
   - Révision débutée du protocole postexposition professionnelle à du sang ou des liquides biologiques potentiellement contaminés.
   - Élaboration et diffusion d'une procédure de gestion d'éclosion au centre hospitalier.
   - S'assurer que les lignes directrices et les mises à jour produites par l'INSPQ soient disponibles et appliquées. Plusieurs recommandations ont été acheminées suite à la publication d'avis de l'INSPQ.
   - Offrir le soutien et l'expertise de la conseillère en prévention et contrôle des infections aux groupes de travail et comités : comité de gestion des risques, table régionale de prévention des infections, équipe qualité sécurité « retraitement et stérilisation des appareils médicaux réutilisables ».

c) Dispense de l'éducation et de la formation au personnel ainsi qu'à la clientèle :
   - Formation sur l'hygiène des mains pour le personnel des CHSLD suite aux audits.

d) Évaluer annuellement le programme de prévention et contrôle des infections et dresser le bilan des réalisations.

e) Bilan des réalisations présenté à la rencontre du comité de prévention du 13 mars 2012 et adoption du plan d'action 2012-2013.

f) Révision du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales débutée.

g) Assurer une communication juste et pertinente sur les éléments du programme de prévention et contrôle des infections
   - Diffusion des politiques et des procédures en fonction de la clientèle visée et des différentes installations du CSSS de Kamouraska
   - Diffusion du tableau de bord « Surveillance des infections » à chaque période administrative.

Infections nosocomiales et indicateurs

SURVEILLANCE PROVINCIALE		
Infections	Données brutes	
	2011-2012	2010-2011
Diarrhée à Clostridium difficile (DACD)	7	9
Bactériémie à SARM	1	1
Entérocoque résistant à la Vancomycine (ERV)	0	0
Bactériémie (BACTOT)	1	2
SURVEILLANCE RÉGIONALE		
Nombre de nouveaux cas de colonisation	Données brutes	
Staphylocoque aureus résistant à la Méthicilline (SARM)	7	7
SURVEILLANCE LOCALE EN CENTRES D'HÉBERGEMENT		
Infections		
Diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD)	2	2
Staphylocoque aureus résistant à la Méthicilline (SARM)	5	2

Objectifs 2012-2013

- Finaliser la révision du programme de prévention et contrôle des infections nosocomiales 2008-2011;
- Collaborer à la mise en place d'un programme de surveillance de l'usage optimal des antibiotiques (comité ad hoc du comité de pharmacologie);
- Suivre l'état d'avancement des travaux du comité-aviseur des zones grises en hygiène et salubrité.

Par Liliane Dubé
Responsable du comité de prévention et de contrôle des infections

5.8 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska, en vertu de l'article 214, 11e alinéa, de la Loi sur les services de santé et des services sociaux, est heureux de vous présenter le rapport annuel pour l'année 2011-2012.

Ce rapport se veut un résumé des activités du comité d'examen des titres et du comité exécutif du C.M.D.P., ainsi que l'énoncé des objectifs déposés en début d'année financière et des résultats obtenus.

Obligations légales

Au cours de la dernière année, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens a rempli ses obligations à travers les activités de ses différents comités et des rencontres de l'ensemble des membres.

Activités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

C.M.D.P. élargi

Au cours de l'année, le C.M.D.P. élargi, qui regroupe l'ensemble des médecins, dentistes et pharmaciens, s'est réuni à trois (3) reprises. Lors de ces réunions, les chefs de département et responsables de services ont soumis aux membres des rapports trimestriels informant des activités reliées à leur secteur respectif.

Comité d'examen des titres

Le comité d'examen des titres a siégé à sept (7) reprises au cours de la dernière année. Il a accepté les demandes de nomination de neuf (9) nouveaux médecins.

- Docteure Céline Leclerc, obstétricienne, médecin dépanneur et membre associé;
- Docteur Albert Litalien, anesthésiste dépanneur, membre associé;
- Monsieur Robert Larouche, pharmacien, membre associé;
- Docteur Louis Béland, chirurgien général dépanneur, membre associé;
- Docteur Richard Deguire, médecin de famille, membre actif qui débutera sa pratique en août 2012;
- Docteur Christian Allen Drouin, dermatologue, membre associé;
- Docteur Roula El Rassi, dermatologue, membre associé;
- Docteure Marie-Eve O'Reilly Fromentin, médecin de famille, membre actif qui débutera au début de l'année 2013.

Deux (2) médecins ont quitté la région au cours de l'année :

- Docteure Lise Thériault, médecin de famille
- Docteur Simon Abadie, médecin de famille

Deux (2) médecins ont demandé un changement de statut au cours de l'année :

- Docteur Serge Caron de membre actif à membre associé;
- Docteur Fernand Poulin, de membre actif à membre associé;

Encore cette année, la pénurie de pharmaciens a retenu l'attention, cette situation a engendré des coûts importants afin d'assurer un service minimum.

Comité exécutif

Le comité exécutif chapeaute tous les comités du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Au cours de la dernière année, le comité exécutif s'est réuni à sept (7) reprises. Il a pris connaissance de différents dossiers, analysé les problèmes et proposé des actions à chaque fois qu'il était indiqué de le faire.

En plus de ses obligations légales, le comité exécutif s'est préoccupé de plusieurs dossiers qui ont un impact sur la qualité de l'acte médical.

Entre autres :
- Dossier patient numérisé;
- Poursuite des travaux en vue de l'obtention d'une désignation officielle en oncologie;
- Travaux en vue de l'ouverture des soins palliatifs;
- Poursuite des travaux en regard du projet médical;
- Adoption de plusieurs ordonnances, protocoles et procédures;
- Adoption de la mise à jour des règlements du département de médecine générale;
- Gestion de la clientèle orpheline;
- Rencontres sur la structure optimale du programme de santé physique;
- Poursuite de l'enseignement aux stagiaires, vitrine importante à la bonne réputation de notre CSSS.

Il n'y a eu aucun changement au niveau de l'organisation médicale au cours de la dernière année.

Suivi des objectifs annuels 2011-2012

1. Assurer la continuité des services dans le contexte de pénurie des effectifs

   Mission accomplie! Malgré la pénurie d'effectifs, les services de base ont été offerts, il n'y a pas eu de rupture de service à l'urgence.

   La seule rupture de service a été au département de chirurgie du 12 au 22 août 2011. Cette rupture de service a été planifiée afin de réaliser les travaux de rénovation dans ce secteur.

2. Relancer le comité de l'acte médical et recruter un nouveau président

   Dr Catherine Gagnon a accepté la présidence du comité de l'acte médical à l'automne 2012. Plusieurs dossiers sont à l'étude.

3. Collaborer à la mise en place du nouveau DCN

   Compte tenu de problèmes techniques, le dossier n'avance pas. Notre participation a donc été très limitée. Nous en sommes même rendus à douter de la pertinence d'un tel projet.

4. Poursuivre le travail de recrutement des médecins et pharmaciens ainsi que le placement des conjoints

   Les efforts de recrutement se poursuivent. Les résultats n'ont pas été à la hauteur de nos attentes, mais l'avenir semble prometteur. Au niveau du placement des conjoints, rien n'a encore été mis en place, ce qui entraînera le départ d'un autre médecin en 2012.

5. Collaborer à la mise en œuvre du projet médical

   Nous avons diminué le nombre de lits de soins de courte durée conformément au projet médical. Cette situation a cependant entraîné des débordements à l'urgence.

   En ce qui concerne l'oncologie, nous sommes particulièrement fiers de l'organisation des services de garde qui ont débuté en janvier 2012.

Objectifs 2012-2013

1. Consolider les soins de 1re ligne;
2. Élaborer un outil de référence à la clinique d'anticoagulothérapie;
3. Relever le comité de traumatologie;
4. Participer activement aux projets d'optimisation du CSSS de Kamouraska.

Dr Christian Roux, Président
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

5.9 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Du 8 juin 2011 au 9 mai 2012, l'exécutif du CII 2011-2012, était composé de 8 personnes dont 6 membres élus. Il s'agit de :

Madame Liliane Dubé, hôpital, présidente
Madame Marie-Catherine Jeffrey, CLSC, vice-présidente
Madame Josée Amesse, CLSC, secrétaire
Madame Francine Dubé, CHSLD
Madame Cindy Beaulieu, hôpital
Madame Geneviève Rossignol, hôpital

et deux membres d'office dont :

Madame Brigitte Legault, directrice de programmes et des soins infirmiers
Monsieur Michel Beaulieu, directeur général
Monsieur Gilles Tremblay, directeur général, par intérim.

Le mandat des membres élus est de deux ans et la rotation se fait à raison de trois membres annuellement.

ACTIVITÉS

- Rencontres du comité exécutif du CII
  Huit rencontres du comité exécutif du CII ont eu lieu incluant l'assemblée générale.

- Journal Info CII
  3 publications.

MANDAT

Le mandat du CII, via le CECII, est de formuler des recommandations au conseil d'administration sur les domaines qui touchent directement la pratique des soins infirmiers :

- L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers posés dans nos centres;
- Les règles de soins infirmiers applicables aux infirmières et aux infirmières auxiliaires;
- La distribution appropriée des soins dispensés par les infirmières.

Le CECII formule également des avis au directeur général sur :

- L'organisation scientifique et technique des centres;
- L'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières.

Le CECII peut également être sollicité pour formuler des avis ou des recommandations sur tout autre dossier confié par le directeur général et par le conseil d'administration.

C'est donc avec ces objectifs en tête que le CECII a orienté ses discussions au cours de la présente année.

PLAN D'ACTION 2011-2012 - BILAN

Nous avons effectué la mise à jour des objectifs que nous nous étions fixés pour l'année 2011-2012 :

Mandat 1 : Apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans le CSSS de Kamouraska.

Objectif 1 : Rédaction des plans thérapeutiques infirmiers (PTI).

Actions :

Audits sur les PTI :

Soins intensifs = 33 %
Multiclientèle = 38 %.

- Une capsule de rappel dans l'Info CII-CIIA;
- Un outil « Aide-mémoire » pour la rédaction des PTI a été remis aux infirmières de chaque unité/point de service.

Mandat II : Faire des recommandations sur les règles de soins.

Objectif 1 : Réviser la règle de soins sur les notes au dossier.

Action :

- La règle de soins concernant les notes au dossier a été révisée et diffusée à l'automne 2011-hiver 2012.

Mandat III : Faire des recommandations sur la distribution des soins dispensés dans le CSSS de Kamouraska.

Objectif 1 : Consolider l'application de la Loi 90 par le maintien des compétences des infirmières auxiliaires en regard des ponctions veineuses.

Action :

- Le CECII a suivi l'état d'avancement de la formation des infirmières auxiliaires en regard de la thérapie intraveineuse : 100 % des infirmières auxiliaires ont reçu la formation.

Mandat IV : Donner son avis sur l'organisation scientifique et technique du CSSS de Kamouraska.

Objectif 1 : Que le CSSS de Kamouraska se dote d'une politique sur la double vérification des médicaments à haut risque.

Action :

- Hiver 2012 – Projet de politique de double vérification pour les médicaments à haut risque remis au conseiller clinique en soins infirmiers.

Objectif 2 : Assurer le suivi de l'application de la procédure d'identification sans équivoque d'un usager.

Action :

- Une capsule de rappel a été faite dans l'Info CII-CIIA de janvier 2012.

Mandat V : Évaluation et maintien de la compétence des infirmières et infirmiers

Objectif 1 : Assurer le suivi des recommandations du plan d'action suite à la visite d'inspection professionnelle de juin 2009-2010 et juin 2010-2011

Action :

- Suivi de l'avancement du plan d'amélioration de la qualité de l'exercice infirmier : point statutaire de chacune des réunions du CECII.

AUTRES ACTIVITÉS 2011-2012

- Révision des règlements généraux du conseil des infirmières et infirmiers;
- Participation de la présidente ou d'un membre substitut au comité PDRH;
- Participation de la présidente à la tournée régionale de l'OIIQ : enjeux et défis de la pratique infirmière le 2 décembre 2011 à Rimouski;
- Consultation sur le projet du DCN-GDC et de la numérisation décentralisée;
- Consultation sur de nouvelles politiques et procédures en lien avec la visite d'Agrément Canada. Le CECII a, de plus, formulé à la direction générale ou aux directions concernées, des recommandations portant sur ces documents;
- Information aux membres sur la nouvelle norme professionnelle de formation continue;
- Suivi sur les travaux préparatoires ainsi que les résultats de la visite d'Agrément Canada;
- Suivi du dossier « Préceptorat »;
- Diffusion des « Lignes directrices de l'OIIQ sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte » au personnel infirmier concerné et suivi de la conformité des pratiques infirmières en regard de cette activité clinique.

OBJECTIFS 2012-2013

- Poursuivre le suivi de l'état d'avancement du plan d'amélioration de la qualité;
- Promouvoir le CECII auprès de nos membres;
- Soutenir le développement d'activités de formation continue pour les infirmières du CSSS de Kamouraska.
- Promouvoir le développement des ordonnances collectives.

Conseil des infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires
du CSSS de Kamouraska (CECIIA)

Il n'y a eu aucune activité en 2011-2012, les membres de l'exécutif ayant remis leur démission. Monsieur Sylvain St-Pierre, conseiller clinique en soins infirmiers, a accepté de venir en support au CECIIA comme personne-ressource. Des stratégies ont été déployées pour susciter l'intérêt et la participation des infirmières auxiliaires à cette instance. Il est prévu que les activités du CECIIA reprennent au cours de l'année 2012-2013.

Liliane Dubé
Présidente du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers du CSSSK

5.10 RAPPORT ANNUEL DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Au 31 mars 2012, le conseil multidisciplinaire du CSSS de Kamouraska comptait 119 membres actifs. Le comité exécutif était formé de cinq représentants du personnel technicien et professionnel soit :

Madame Lise Verreault, présidente, représentante du secteur psychosocial
Madame Lucie Bélanger, secrétaire, secteur de la réadaptation
Madame Kathy Jolicoeur, secteur de la thérapie occupationnelle
Monsieur David Gilbert, vice-président, secteur des techniques médicales
Monsieur Jean-Guy Fernandes, secteur communautaire

ainsi que des directeurs généraux, monsieur Michel Beaulieu (1er avril 2011 au 13 janv. 2012) et monsieur Gilles Tremblay (du 9 janvier au 31 mars 2012) et du directeur de programmes, de la qualité et du développement, monsieur Frédéric Gagnon.

Les secteurs des archives et non répartis et de la nutrition n'étaient pas représentés cette année.

Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le conseil multidisciplinaire est responsable envers le conseil d'administration :

Article #227

1. de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement;
2. de faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par les membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité dans tout centre exploité par l'établissement;
3. d'assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Le conseil multidisciplinaire doit faire un rapport annuel au conseil d'administration concernant l'exécution de ses fonctions et des avis qui en résultent.

Article #228

Conformément aux règlements de l'établissement, le conseil multidisciplinaire est, pour chaque centre exploité par l'établissement, responsable envers le directeur général de donner son avis sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique du centre;
- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
- toute autre question que le directeur général porte à son attention.

Article #229

Le conseil multidisciplinaire peut adopter des règlements concernant sa régie interne, la création de comités et leur fonctionnement ainsi que la poursuite de ses fins. Ces règlements entrent en vigueur après avoir été approuvés par le conseil d'administration.

Article #230

Les responsabilités du conseil multidisciplinaire sont exercées par un comité exécutif formé d'au moins trois personnes titulaires de titres d'emploi différents et, le cas échéant, membres d'ordres professionnels différents, élues par et parmi les membres du conseil, du directeur général et de la personne qu'il désigne à cette fin.

Au cours de son mandat 2011-2012, l'exécutif du conseil multidisciplinaire, élu le 9 juin 2011, s'est réuni à sept reprises pour des réunions régulières et à deux reprises en comité de travail.

Lors de ces rencontres, l'exécutif a :

- Analysé la pertinence du concours reconnaissance;
- Assuré le suivi de l'analyse de la situation de la réadaptation;
- Suivi le projet d'organisation des services en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (Modèle émergent);
- Assuré le suivi des différents projets LEAN (chirurgie et PPALV) et des guichets d'accès;
- Suivi la transformation de l'organisation de l'hébergement temporaire dans la communauté et du service de réadaptation intensive;
- Assuré le suivi face au projet de loi 127 en assurant une représentation au Conseil d'administration;
- Assuré le suivi et une réponse à la lettre des intervenants en réadaptation (physio et ergo) du CSSSK;
- Travaillé à la mise à jour de nos règlements internes;
- Fait le suivi relatif à l'Avis de pertinence (PFT);

- Fait le suivi relatif à l'évolution de la parution du guide d'application de la loi 21 par l'Office des professions;
- Renouvelé son adhésion à l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec;
- Fait le suivi concernant le déploiement du DPN et de son accès par les partenaires, ainsi que de la GDC;
- Participer au processus d'agrément.

De plus, au cours de ce mandat, nous avons préparé six avis pour des projets de politiques, 3 avis pour des projets de procédures, un avis pour le code d'éthique, un avis pour le Modèle Émergent et un avis pour le projet d'entente avec l'Estran.

La prochaine assemblée générale se tiendra le 7 juin 2012 et trois postes de l'exécutif seront en élection : secteur de la réadaptation, des techniques médicales et de la nutrition. Le secteur des archives et non répartis est à combler pour la fin du mandat.

Les perspectives de travail pour l'année 2012-2013 proposées aux membres sont :

PERSPECTIVES	ÉCHÉANCIER
Suivre la transformation du programme PPALV.	En continu
Amorcer des rencontres avec les secteurs (7) du conseil multidisciplinaire pour prendre connaissance de leur réalité au travail.	Juin 2013
Collaborer avec les ressources humaines à l'élaboration d'une activité de reconnaissance pour l'ensemble du personnel de l'établissement.	Novembre 2012
Faire approuver par le conseil d'administration notre cadre de fonctionnement pour les comités de pairs.	Mars 2013
Favoriser une approche clinique dans un contexte de décision administrative.	En continu
S'assurer que des mesures soient mises en place pour faciliter la compréhension et le consentement du client dans la transmission des informations de son dossier (DSQ-DCN-GMF).	En continu
Assurer la tenue d'une rencontre d'information sur le projet de loi 21, adopté le 18 juin 2009, qui vient modifier le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines.	À déterminer
Prendre connaissance du bilan de la mise en place du modèle émergent en DI-TED et suivre son évolution.	En continu
Promouvoir la qualité de notre offre de service dans les processus d'optimisation.	En continu
Être à l'écoute et supporter nos membres dans les besoins exprimés à l'intérieur de l'exercice de leur fonction cela tant dans la distribution que l'organisation de leur service.	En continu

Lise Verreault, travailleuse sociale
Présidente du conseil multidisciplinaire

6. REMERCIEMENTS AUX BÉNÉVOLES DU CSSSK

Lors d'une activité organisée dans le cadre de la semaine de l'action bénévole, la direction du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska a souligné la contribution essentielle des personnes engagées et dévouées qui donnent de leur temps et leur l'énergie pour améliorer la santé et le bien-être de chacun et chacune.

ANNEXES

Centre de santé et de services sociaux
de Kamouraska

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA

Adopté en février 1998

TABLE DES MATIÈRES

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS 3

3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES 4
   3.1. Les mesures de prévention 4
   3.2. L'identification de situations de conflits d'intérêts 5
   3.3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes 6
   3.4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat 6

4. RÉGIME DE SANCTIONS 7

5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ 8

6. LA PUBLICATION DU CODE 8

LES ANNEXES

Annexe A –Engagement personnel 9

Annexe B – Serment ou affirmation de discrétion de toute personne chargée de faire enquête 10

Annexe C – Déclaration des intérêts d'un administrateur autre le directeur général 11

Annexe D – Déclaration des intérêts du directeur général 12

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

2. DEVOIRS ET OBLIGATIONS

2.1 Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

2.2 Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;

2.3 Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;

2.4 Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis;

2.5 Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa formation;

2.6 Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;

2.7 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;

2.8 Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;

2.9 La conduite d'un membre du conseil d'administration doit être empreinte d'objectivité et de modération;

2.10 Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

3. DEVOIRS SPÉCIFIQUES

3.1 Les mesures de prévention

.1 Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

.2 Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

.3 Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;

.4 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

.5 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;

.6 Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;

.7 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;

.8 Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

3.2 L'identification de situations de conflits d'intérêts

.1 Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;

.2 Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

.3 Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;

.4 Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;

.5 Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration :

- est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;

- n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;

.6 Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

.7 Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;

.8 Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3.3 Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

.1 Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

.2 Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

.4 Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

3.4 Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

.1 Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

4. RÉGIME DE SANCTIONS

4.1 Tout manquement ou omission concernant une norme ou un devoir prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;

4.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

4.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;

4.4 Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;

4.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;

4.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;

4.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

4.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi et au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;

4.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;

4.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

5. ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

5.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

5.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

6. LA PUBLICITÉ DU CODE

6.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;

6.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;

6.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

ANNEXE A

ENGAGEMENT PERSONNEL

Chaque membre du conseil d'administration doit signer l'engagement suivant
dont l'original sera conservé dans les registres du conseil

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____

Date Signature

ANNEXE B

SERMENT OU AFFIRMATION DE DISCRÉTION
DE TOUTE PERSONNE CHARGÉE DE FAIRE ENQUÊTE

Si le président ou le vice-président demande une enquête, il est essentiel d'en assurer la confidentialité. C'est pourquoi toute personne chargée de faire enquête doit signer la déclaration qui suit.

Je, _____, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la Loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

_____ _____
Date Signature

ANNEXE C

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS
D'UN(E) ADMINISTRATEUR (TRICE) AUTRE QUE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____ administratrice, administrateur de l'établissement CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.*

   _____

   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

   _____

   _____

3. J'occupe les emplois suivants : p*réciser l'emploi et nommer l'employeur.*

   Emploi Employeur

   _____

   _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

_____
Signature de l'administratrice ou de l'administrateur

ANNEXE D

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je, _____

Directeur général du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE KAMOURASKA, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés :*

   _____

   _____

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. *Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :*

   _____

   _____

3. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés.*

   _____

   _____

4. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. *Préciser l'emploi et nommer l'employeur :*

   Emploi Employeur

   _____

   _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____

_____

Signature du directeur général

Gouvernement du Québec
Ministère de la santé et des Services sociaux

RAPPORT FINANCIER ANNUEL

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: CSSS de KAMOURASKA

CODE 1104-3379 TÉLÉCOPIEUR: (418) 492-1793

Année financière terminée le 31 mars 2012

Formule autorisée et prescrite par ordre du Ministre de la Santé et des Services sociaux, en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Rapport de la direction

Le rapport financier annuel, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'établissement qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-471 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2012 transmis au Ministère possèdent le même sceau(1). De plus, elle s'est assurée du respect des concordances (2) applicables à l'établissement.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'établissement conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, inclus sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Date	Nom	Signature
2012-06-12	JEANNOT MICHAUD	Signature du directeur général
2012-06-12	JEAN DESJARDINS	Signature de la personne désignée
	PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	
	Fonction	

(1) On entend par sceau l'indication de l'heure et de la date de la dernière mise à jour de la base de données de L.P.R.G. qui sont identifiées à toutes les pages de la copie papier du rapport financier annuel.

(2) Les concordances sont présentées dans les pages explications du rapport financier annuel et le logiciel L.P.R.G. produit la liste des concordances qui ne balancent pas.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska,

Rapport sur les états financiers

Nous avons effectué l'audit des états financiers du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska inclus dans la section auditée du rapport financier annuel qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012, les états des résultats, des surplus (déficit) cumulés, de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi qu'un résumé des principales méthodes comptables et d'autres informations explicatives de la section auditée. Le présent rapport sur les états financiers ne couvre pas les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées présentées aux pages 330, 352, 650 et 660 puisqu'elles font l'objet d'un rapport distinct.

Responsabilité de la direction relative aux états financiers

La direction est responsable de la préparation et de la présentation fidèle de ces états financiers conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que du contrôle interne qu'elle considère comme nécessaire pour permettre la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers, sur la base de notre audit. Nous avons effectué notre audit selon les normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous nous conformions aux règles de déontologie et que nous planifions et réalisions l'audit de façon à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers ne comportent pas d'anomalies significatives.

Un audit implique la mise en oeuvre de procédures en vue de recueillir des éléments probants concernant les montants et les informations fournis dans les états financiers. Le choix des procédures relève du jugement de l'auditeur, et notamment de son évaluation des risques que les états financiers comportent des anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs. Dans l'évaluation de ces risques, l'auditeur prend en considération le contrôle interne de l'entité portant sur la préparation et la présentation fidèle des états financiers afin de concevoir des procédures d'audit appropriées aux circonstances, et non dans le but d'exprimer une opinion sur l'efficacité du contrôle interne de l'entité. Un audit comporte également l'appréciation du caractère approprié des méthodes comptables retenues et du caractère raisonnable des estimations comptables faites par la direction, de même que l'appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

Nous estimons que les éléments probants que nous avons obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder notre opinion d'audit assortie de réserves.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS (suite)

Fondement de l'opinion avec réserves

Comme l'explique la note 3 et pour répondre à l'exigence du ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme il a été fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible pour l'établissement.

Opinion avec réserve

À notre avis, à l'exception des incidences du problème décrit dans le paragraphe « Fondement de l'opinion avec réserves », les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de ses actifs financiers nets (sa dette nette) et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autre point

Les états financiers de l'Établissement pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion non modifiée en date du 14 juin 2011.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS (suite)

Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de Santé et les Services sociaux du Québec, à l'Annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses;
- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables, à l'exception de ce qui est mentionné à l'annexe 1.

Mallette
SENCRL

Rivière-du-Loup, Canada
Le 11 juin 2012

CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A113347

Annexe au rapport de l'auditeur - E/F et autres informations financières — exercice terminé le 31 mars 2012

NUMÉRO DU COMMENTAIRE	COMMENTAIRES
1	L'établissement ne s'est pas conformé aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables en ne distinguant pas les frais reliés aux stationnements comme activité accessoire. S'il l'avait fait, il aurait été en contravention de l'article 115 de la loi sur les services de santé et les Services sociaux qui mentionne que les activités accessoires doivent s'autofinancer.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT PORTANT SUR LES UNITÉS DE MESURE ET LES HEURES TRAVAILLÉES ET RÉMUNÉRÉES

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska,

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et de l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Ces informations compilées par le Centre de Santé et de Services sociaux de Kamouraska selon les définitions et explications contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 600. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues au Manuel de gestion financière (MGF) incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement connues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifions et réalisions l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des méthodes suivies et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ces informations.

À notre avis, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées du Centre de Santé et des Services sociaux de Kamouraska ont été compilées, dans tous leurs aspects significatifs, pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

N. Mallette

Mallette
SENCRL

Rivière-du-Loup, Canada
Le 11 juin 2012

CPA auditrice, CA, permis de comptabilité publique no A113347

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2012 — AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Exploitation	Immobilisations	Total	
		Ex. courant (r.de p358,C3)	Ex. courant	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
		1	2	3	4
REVENUS					
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	01	38,705,696	1,773,966	40,479,662	36,811,852
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	02				
Contributions des usagers	03	3,223,086	xxxx	3,223,086	3,192,002
Ventes de services et recouvrements	04	354,257	xxxx	354,257	382,206
Donations (FI:P294)	05		86,234	86,234	88,968
Revenus de placement (FI:P302)	06	41,199	10,190	51,389	6,317
Revenus de type commercial	07		xxxx		
Gain sur disposition (FI:P302)	08				
	09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302)	11	266,586	15,040	281,626	294,129
TOTAL (L.01 À L.11)	12	42,590,824	1,885,430	44,476,254	40,775,474
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	30,347,466	xxxx	30,347,466	27,985,655
Médicaments	14	1,581,438	xxxx	1,581,438	1,135,782
Produits sanguins	15	392,328	xxxx	392,328	376,481
Fournitures médicales et chirurgicales	16	948,870	xxxx	948,870	883,155
Denrées alimentaires	17	587,277	xxxx	587,277	551,209
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	1,774,507	xxxx	1,774,507	1,869,111
Frais financiers (FI:P325)	19		703,349	703,349	629,058
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	429,540	48,424	477,964	474,154
Créances douteuses	21	6,931	xxxx	6,931	9,081
	22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	xxxx	1,748,250	1,748,250	1,621,500
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P423, 421)	24	xxxx	7,492	7,492	62,096
	25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
	26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325)	27	5,260,430	641,131	5,901,561	5,365,008
TOTAL (L.13 À L.27)	28	41,328,787	3,148,646	44,477,433	40,962,390
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	1,262,037	(1,263,216)	(1,179)	(186,916)

Colonne 2: établissements publics seulement

Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska
Fonds d'exploitation
Résultats
de l'exercice terminé le 31 mars 2012

	2012 $	2011 $
Activités principales		
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent et Ministère de la santé et des services sociaux du Québec	38 705 696	35 010 425
Usagers	3 223 086	3 192 002
Ventes de services	151 682	143 793
Recouvrements	202 575	238 413
Donations	0	34 868
Autres	119 034	113 876
	42 402 073	38 733 377
Charges		
Salaires	20 934 760	19 666 903
Avantages sociaux	5 409 268	5 232 254
Charges sociales	3 170 499	2 931 620
Rétroactivité équité salariale des cadres, pharmaciens et sages femmes	665 950	0
Médicaments	1 581 438	1 135 782
Produits sanguins	392 328	376 481
Fournitures médicales et chirugicales	948 870	883 155
Denrées alimentaires	587 277	551 209
Créances douteuses	6 931	9 081
Entretien et réparations	429 540	474 154
Autres	7 013 175	7 178 552
	41 140 036	38 439 191
Excédent des revenus sur les charges des activités principales	1 262 037	294 186
(réf : page 200 colonne 1, ligne 29 du AS-471 au 31 mars 2012)		
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds :		
Affectés au fonds d'immobilisations - autres	1 253 658	250 137
	1 253 658	250 137
Excédent des revenus sur les charges des activités principales après contribution provenant ou affectées à d'autres fonds	8 379	44 049
Activités accessoires		
Revenus	188 751	177 535
Charges	188 751	177 535
Excédent des revenus sur les charges des activités accessoires	0	0
Excédent des revenus sur les charges du fonds d'exploitation après les contributions de l'avoir propre et interfonds	8 379	44 049

Notes aux états financiers - AUDITÉE — exercice terminé le 31 mars 2012

Note 1 : RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 202, lignes 5 et 7 est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 8 379 $ après transfert au fonds d'immobilisations (voir tableau ci-contre) et est imputé au solde des ACTIVITÉS PRINCIPALES.

- Surplus avant transfert fonds d'immobilisations	1 262 037 $
- Moins transfert au fonds d'immobilisations	(1 253 658)
Excédent des revenus sur les charges après transfert au fonds d'immobilisations	8 379 $

Note 2 : STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Il a pour mandat :

- de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population de la MRC de Kamouraska en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Kamouraska.

Le siège social du centre est situé à St-Pascal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de la MRC de Kamouraska. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

Note 3 : MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Modèle de présentation

Pour 2011-2012, l'établissement a adopté le modèle de présentation des états financiers applicable aux gouvernements et aux autres organismes publics, délaissant ainsi progressivement le modèle basé sur la comptabilité par fonds des organismes sans but lucratif. Par conséquent, les données financières relatives aux fonds de dotation, à destinations spéciales, de stationnement ou affectés ont été intégrées selon leurs fins, soit au fonds d'exploitation, soit au fonds d'immobilisations, les seuls fonds subsistants. Le nouveau modèle de présentation introduit l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) et remplace l'état du solde de fonds par l'état des surplus (déficits) cumulés.

L'adoption de ce nouveau modèle de présentation n'implique aucune modification dans la comptabilisation des opérations et événements, uniquement dans la présentation aux états financiers, notamment les immobilisations, les stocks de fourniture et les frais payés d'avance qui sont désormais regroupés sous l'appellation actifs non financiers à l'état de la situation financière.

Notes aux états financiers - AUDITÉE — exercice terminé le 31 mars 2012

Note 3 : MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Modèle de présentation (suite)

Le rapport financier annuel préparé par la direction de l'établissement est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de la norme suivante :

- les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Affectation des surplus cumulés
Dans les exercices antérieurs, les informations concernant les affectations d'origine interne étaient présentées à l'état du solde de fonds. Conformément aux Normes comptables canadiennes du secteur public, celles-ci font maintenant l'objet d'une note complémentaire.

Biens détenus en fiducie
À partir de l'exercice financier 2011-2012, les opérations et soldes relatifs aux biens détenus en fiducie ne sont plus comptabilisés dans les états financiers des établissements. L'information sommaire à leur égard est maintenant présentée par voie de note complémentaire.

Cette modification comptable appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2011
Encaisse	(11 311) $
Placements temporaires	
Autres débiteurs	
Autres éléments (des actifs financiers)	
Autres créditeurs	
Autres éléments (des passifs financiers)	11 311 $
Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis	
Surplus (déficits) cumulés à la fin	
Actifs financiers nets (dette nette) au début déjà établis	
Actifs financiers nets (dette nette) à la fin	
Revenus de placements	
Gain sur dispositions	
Surplus (déficits) de l'exercice	

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

Méthodes comptables
Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations
La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Notes aux états financiers - AUDITÉE
exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Comptabilité d'exercice
La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds
Pour les fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise un fonds d'exploitation et un fonds d'immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité de l'établissement est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des charges, tous les transferts entre les fonds d'exploitation et d'immobilisations sont comptabilisés directement à l'état des surplus (déficits) cumulés.

Classification des activités
La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités
En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires
Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Subdivisions des activités accessoires (suite)

Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure
Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Stock
Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Immobilisations
Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 50 ans
Mobilier, matériels et équipements	3 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts
Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre
L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence.

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaires.

Revenus
Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers
Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des onérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Prêts interfonds
Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Des frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Autres revenus
Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES (suite)

Revenus d'intérêts
Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec
Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'établissement à son rapport financier annuel.

Charges inhérentes aux ventes de services
Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Analyses financières
L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2008-2009, 2009-2010 et 2010-2011.

NOTE 5 - RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 6 - SUBVENTION À RECEVOIR SUR LES DETTES FINANCÉES PAR LE GOUVERNEMENT - RÉFORME COMPTABLE

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

NOTE 7 - AVANTAGES SOCIAUX FUTURS
Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors-cadres du réseau de la santé et des services sociaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2011-2012, les passifs reliés aux obligations relatives à l'allocation d'attraction et de rétention à verser à certains hors-cadres qui la remplace sont comptabilisés.

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 8 - TRANSACTIONS ENTRE APPARENTÉS

Au cours de l'exercice 2011-2012, l'Établissement a reçu de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima un montant de 117 582 $ pour l'achat de pompes volumétriques avec tiges, de deux civières pédiatriques, de l'équipement de dentisterie pour le bloc opératoire, un moniteur à pression ambulatoire et du mobilier et de l'équipement pour les soins palliatifs.

NOTE 9 - CHIFFRES CORRESPONDANTS

Les chiffres correspondants de l'exercice précédent ont été reclassés afin de se conformer à la présentation de l'exercice courant.

Fondation de l'Hôpital de
Notre-Dame de Fatima inc.

RAPPORT ANNUEL DU PRÉSIDENT

DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA FONDATION DE L'HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DE-FATIMA

ACTIVITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU COURS DE L'EXERCICE 2011

C'est avec fierté et un grand plaisir renouvelé que je vous présente mon 3e rapport annuel à titre de président de la Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima.

L'année 2011 fut une année de concrétisation dans le projet Oncologie/Soins palliatifs de la campagne de financement « Je soigne mon hôpital » amorcée en 2009. La deuxième et dernière phase qui était l'aménagement des chambres de soins palliatifs au Centre de Santé et de services sociaux de Kamouraska, soit à l'Hôpital de Notre-Dame-de-Fatima est maintenant réalisée et constitue la boucle de ce projet totalisant une somme de 83 734,61 $. En somme, ce projet a permis l'aménagement de 2 locaux pour la dispensation de soins en oncologie permettant à 4 personnes de recevoir simultanément des traitements ainsi que l'aménagement à l'unité multiclientèle du 3e étage de notre hôpital d'une section (chambres, salon et cuisinette) adaptée permettant de recevoir les patients en fin de vie et leur famille. Au cours des prochaines années, il y aura assurément d'autres besoins en oncologie et en soins palliatifs, soyez assurés que la Fondation répondra oui à ces besoins. Il est bien évident qu'au cours de l'année 2012 ou les subséquentes, la Fondation pourra continuer à supporter le CSSS de Kamouraska dans la poursuite et le maintien de ces services, jusqu'à épuisement de la somme recueillie et plus si besoin. Lors de cette grande levée de fonds, je me dois de souligner la participation importante de certains donateurs : Monsieur Bernard Bélanger et le Club Lions de La Pocatière pour une somme de 25 000 $, Messieurs Jacques Arsenault, Claude Béchard, la Fondation J.-Armand Bombardier, la Pharmacie Blanchet, St-Hilaire et Rivard, La Caisse Populaire de l'Anse de La Pocatière et le Regroupement des Caisses populaires du Kamouraska, de même que moi-même, pour une somme de 10 000 $, Métro Plus Lebel, pour 5 000 $, et 37 autres donateurs pour une contribution se situant entre 1 000 $ et 5 000 $.

En 2010, souvenons-nous qu'un projet visant l'arthrite avait été organisé par Jeanne Landry, une jeune fille de la région. Ce projet avait permis d'amasser un montant de plus de 7 000 $. Dans le cadre de ce projet, un bain thérapeutique mobile a été acheté en cours d'année. À Jeanne et à ceux qui l'ont soutenue dans ce projet, je leur dis Félicitations et merci pour cette réalisation et cette implication pour notre Fondation. En 2011, pour une deuxième année consécutive, madame Guylaine Ouellet, administratrice de notre Fondation, présentait un projet demandant une contribution à Opération Enfant soleil afin de doter notre service de pédiatrie et d'obstétrique de certains équipements. C'est donc un octroi de 12 147 $ que nous avons obtenu pour l'achat de matelas immobilisateurs pédiatrique, civière pédiatrique hydraulique ainsi qu'un moniteur de soignes vitaux de transport. Comme Opération Enfant Soleil accepte de défrayer 80 % du projet retenu, la Fondation se doit de contribuer pour le 20 % du projet, et c'est une somme de 2 430 $ qui fut ajoutée par la Fondation, cette somme fût donc appliquée sur l'achat d'une deuxième civière pédiatrique hydraulique représentant une somme de 6 640 $.

Passons maintenant à un rapport plus détaillé des activités de l'année 2011.

- **Le conseil d'administration s'est réuni à 4 reprises entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011 et les principaux sujets ont porté sur :**

  - le suivi de la campagne de souscription oncologie/soins palliatifs;

- analyse des demandes d'équipements de la part du Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska. En plus des équipements et de l'ameublement pour l'oncologie et les soins palliatifs, la Fondation a accepté de financer les équipements suivants : un lit électrique en CHSLD, un lit pédiatrique, un logiciel de soustraction d'image pour le dépistage du cancer du côlon, chaises pour les haltes allaitements du CSSS de Kamouraska;

- appui de la Fondation à une demande de subvention auprès d'Opération Enfant-Soleil pour l'année 2012;

- préparation du tournoi de golf et du souper-bénéfice.

- **Cocktail Dînatoire – Reconnaissance des bénévoles**

  Le 14 septembre, la Fondation, lors d'un cocktail dînatoire, accueillait les bénévoles ayant participé à la tenue des diverses activités au cours de l'année 2011. Cette activité se voulait une reconnaissance pour ces gens de cœur qui par leur implication font grandir notre Fondation d'année en année.

- **Souper-bénéfice Club Lions - Fondation**

  Le souper-bénéfice, tenu le 12 novembre 2011, sous la présidence d'honneur de Maître René Chamard, a rapporté un bénéfice net de 4 810 $ à la Fondation. Encore une fois, nous tenons à souligner l'importante contribution du Club Lions de La Pocatière qui est le partenaire et grand collaborateur de ce souper.

- **Membership**

  108 personnes se sont procuré leur carte de membre pour l'année 2011.

- **Tournoi de golf juin 2011**

  Sous la présidence d'honneur de monsieur Louis Grenier, et toujours avec la significative participation du Regroupement des Caisses Populaires Desjardins du Kamouraska, cette activité a généré un bénéfice de 8 115 $.

- **Activité spéciale - Concert des médecins**
  Le 26 février 2011 avait lieu à la Salle André Gagnon de La Pocatière, un concert de médecins-musiciens de la région, au profit de la Fondation de l'Hôpital-de-Notre-Dame de Fatima. L'évènement a permis d'amasser la somme de 16 933 $. Cette initiative de Madame Madeleine Sirois fût très appréciée de tous et existe aussi la possibilité de reproduire l'évènement ultérieurement. Encore une fois, merci à Madame Madeleine Sirois pour cette initiative et sa grande générosité.

ACTIVITÉS DE FINANCEMENT PLANIFIÉES POUR 2012

- De janvier à mai 2012, recrutement des membres.
- Le 2 juin 2012, tournoi de golf.
- Souper-bénéfice en collaboration avec le Club Lions de La Pocatière (10 novembre 2012).
- Fin novembre 2012 Concert de Noël, Église de Saint-Pascal

CONCLUSION

En mai 2011, nous avions projeté un revenu net de 22 539 $. L'année s'est soldée par un bénéfice de 28 360 $.

L'excédent net de 28 360 $, ajouté aux avoirs des années précédentes, représente au 31 décembre 2011, un actif net de 1 024 594 $. Je suis heureux de vous annoncer que notre actif accumulé à ce jour a atteint le million de dollars, mais ce qui est encore plus significatif, c'est que durant cet amassement d'actif, la Fondation a remis au cours des 27 dernières années plus de 1 200 000 $ dans différents projets soumis par le CSSS de Kamouraska.

Avant de conclure, j'aimerais reprendre les propos que j'ai tenus lors du tournoi de golf de samedi dernier.

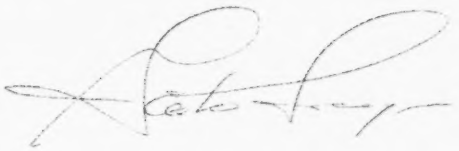
Winston Churchill avait déjà dit ceci : « On vit sur ce que l'on obtient, on construit sa vie sur ce que l'on donne. » Si ces mots de Winston Churchill je les paraphrase, je peux énoncer que : La Fondation de l'Hôpital de Notre-Dame de Fatima existe et sera en santé par ce qu'elle reçoit de tous. Elle joue son rôle et est crédible socialement en remplissant sa mission de supporter le CSSSK pour l'achat ou le renouvellement d'équipements avec une vision d'offrir des soins marqués par des critères de sécurité et de qualité à la population desservie par le CSSSK, et ce, à proximité de chez eux.

On ne sait jamais le moment où des soins nous serons nécessaires d'une façon urgente ou élective et, le CSSSK pour son hôpital et ses autres sites de soins (CLSC et CHSLD), seront là pour nous offrir des soins de qualité et de proximité avec son plateau technique et ses services à nous et à nos proches.

En terminant, je tiens à remercier les administratrices et les administrateurs pour leur disponibilité et leur implication, sans oublier nos généreux donateurs et commanditaires sollicités lors de la tenue de nos activités de financement.

Merci également à ma collaboratrice Sophie, à toutes les personnes qui travaillent dans l'ombre, à l'organisation de nos activités, que ce soit pour le souper-bénéfice notamment le Club Lions de La Pocatière, le tournoi de golf, etc.

Merci à vous tous qui croyez en notre Fondation...



Gaétan Lévesque, président

Le Centre de santé et de services sociaux de Kamouraska se préoccupe d'offrir une excellente qualité de soins et de services.

Joignez-vous à notre équipe !

Contactez-nous en vous adressant à la
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL
aux numéros suivants :

418 856-7000, poste 3220 (secrétariat)
ou le
418 856-7000, poste 3214 (secteur dotation)